



universität  
wien

# Diplomarbeit

## Einfluss von existentieller Frustration und Depression auf Alkoholismusrisiko unter Einbeziehung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Flora Färber

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im April 2009

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Mag. Dr. Reinhold Jagsch



# Danksagung

Ich möchte mich sehr herzlich bei Herrn Dr. Jagsch für die äußerst freundliche und geduldige Betreuung und Unterstützung bei der Umsetzung dieser Diplomarbeit bedanken.

Auch meiner lieben Kollegin Brigitte möchte ich Dank für die gelungene und problemlose Zusammenarbeit während des gesamten Forschungsseminars aussprechen.

Großer Dank gebührt meinen Eltern, ohne deren finanzielle Unterstützung ich nicht studieren hätte können und wollen und die mich nie aufgrund der Studiendauer unter Druck gesetzt haben.

Auch meiner liebsten Freundin Sophie kann ich nur größten Dank aussprechen, da sie mich während der gesamten Diplomarbeitsphase fachlich und freundschaftlich unterstützt hat und auch bereit war, die Diplomarbeit Probe zu lesen.

Für die psychische Unterstützung ein großes Dankeschön an meine drei Schwestern, im Besonderen an Stella und Viola, die immer für mich da waren, wie auch an meine Cousine Vera.

Zusätzlich möchte ich mich bei meinem gesamten Freundeskreis bedanken, der mir immer wieder schöne abendliche Ablenkungsphasen während der Diplomarbeitszeit beschert hat.

Zuletzt noch vielen Dank an alle Probanden, die an meiner Studie teilgenommen haben. Ohne Euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Danke Euch allen!



# Inhaltsverzeichnis

<b>THEORETISCHER TEIL</b>	<b>1</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2 Alkohol</b>	<b>5</b>
2.1 Österreichische Gesellschaft und Alkoholkonsum	5
2.2 Definition von Alkoholismus und historische Entwicklung	8
2.2.1 Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV	10
2.3 Ätiologie von Substanzabhängigkeit	12
2.4 Folgen des Alkoholismus	15
2.5 Epidemiologie des Alkoholismus	16
2.6 Erhebung des Alkoholkonsums	17
<b>3 Lebensqualität</b>	<b>19</b>
3.1 Historische Entwicklung der Lebensqualitätsforschung	19
3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	20
3.2.1 Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität	23
<b>4 Alkohol und Lebensqualität</b>	<b>25</b>
4.1 Alkoholkonsum und Gesundheit	25
4.1.1 Erklärungsversuche des u-förmigen Zusammenhangs	26
4.2 Alkoholkonsum und gesundheitsbezogene Lebensqualität	27
<b>5 Existentielle Frustration</b>	<b>31</b>
5.1 Viktor E. Frankl	31
5.2 Existentielle Frustration	33
5.3 Heutige Entwicklung der Logotherapie und Existenzanalyse	33
5.4 Alkoholkonsum und existentielle Frustration	34
5.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und existentielle Frustration	37

<b>6 Depressive Störungen</b>	39
6.1 Definition und Diagnostik von Depressivität	39
6.1.1 Kriterien einer Episode einer Major Depression nach DSM-IV	39
6.2 Ätiologiemodelle	41
6.2.1 Kognitionstheoretisches Erklärungsmodell von Beck	41
6.3 Erhebungsinstrumente	42
6.4 Alkoholkonsum und Depressivität	42
6.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Depressivität	45
 <b>EMPIRISCHER TEIL</b>	 49
<b>7 Fragestellungen, Erhebungsinstrumente und Hypothesen der Untersuchung</b>	51
7.1 Fragestellungen und Zielsetzungen der Untersuchung	51
7.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente	52
7.3 Hypothesen	57
 <b>8 Methodik</b>	 61
8.1 Methodische Grundlagen der Auswertung	61
8.2 Untersuchungsplan	62
8.3 Untersuchungsdurchführung	62
8.4 Stichprobe	62
8.5 AUDIT-Gruppeneinteilung	64
8.6 Beschreibung der AUDIT-Gruppen	65
 <b>9 Ergebnisse</b>	 71
9.1 Hypothese 1	71
9.2 Hypothese 2	81
9.3 Hypothese 3	88
9.4 Hypothese 4	89
9.5 Hypothese 5	90
9.6 Hypothese 6	92

<b>10 Diskussion</b>	95
<b>11 Kritik und Ausblick</b>	107
<b>12 Zusammenfassung</b>	111
<b>13 Abstract</b>	115
<b>Literaturverzeichnis</b>	117
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	129
<b>Tabellenverzeichnis</b>	131
<b>Anhang</b>	133
Verzeichnis der Tabellen	135
Tab. I: Deskriptivstatistik der AUDIT-Gruppen zur SF-36.	135
Tab. II: Deskriptivstatistik der AUDIT-Gruppen zur ESK.	138
Tab. III: Deskriptivstatistik der AUDIT-Gruppen zum BDI.	140
Erhebungsinstrumente	141
Curriculum Vitae	157





## **Theoretischer Teil**



# 1 Einleitung

Wir leben in einer Zeit, in der das Gesundheitsbewusstsein immer größer wird. Es gibt immer mehr Menschen, die auf gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung achten. Unterstützt wird das anwachsende Gesundheitsbewusstsein durch Zeitschriften, Fernsehsendungen sowie durch neue gesetzliche Regelungen wie beispielsweise Rauchverbote in vielen EU-Ländern. Trotz dieses Trends zu einem möglichst gesunden Lebensstil ist die Anzahl der alkoholabstinenter lebenden Bevölkerung in Österreich sehr gering. Hier tut sich die Frage auf, ob Alkoholkonsum generell gesundheitsgefährdend ist oder ob, wie man im Volksmund sagt, ein Gläschen Wein am Tag sogar förderlich für die Gesundheit ist.

In der vorliegenden Arbeit werde ich untersuchen, inwiefern sich Personen mit unterschiedlich hohem Alkoholkonsum in Bezug auf die „gesundheitsbezogene Lebensqualität“, Depressivität und existentielle Frustration voneinander unterscheiden. Zusätzlich werden geschlechtsspezifische Unterschiede überprüft.

In weiterer Folge werde ich versuchen, anhand der erhobenen Variablen niedrigen bzw. hohen Alkoholkonsum sowie niedrige bzw. hohe „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ vorauszusagen.

Die Arbeit setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen.

Der theoretische Teil beginnt mit einer umfassenden Einführung zum Thema Alkoholkonsum und Alkoholismus. Es wird auf den gesellschaftlichen Stellenwert von Alkohol eingegangen, Alkoholismus definiert und ein aktuelles Klassifikationsmodell beschrieben. Zusätzlich wird auf die Ätiologie, Folgen und Epidemiologie von Alkoholabhängigkeit sowie auf die Problematik bei der Erhebung von Alkoholkonsum eingegangen.

Im nächsten Kapitel wird die „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ definiert und die Entwicklung dieses Forschungsgebietes skizziert. Danach werden aktuelle Studien zu Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Lebensqualität dargestellt.

Nun folgt das Kapitel „existentielle Frustration“ nach Viktor Frankl. Im Rahmen dessen wird der Begriff erklärt und in weiterer Folge aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert.

Das Thema Depressivität folgt als letztes Kapitel des theoretischen Teils und beinhaltet die Definition und Diagnostik sowie die aktuellen Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit Alkoholkonsum und „gesundheitsbezogener Lebensqualität“.

Der empirische Teil beinhaltet Fragestellungen und Hypothesen, die angewandten Erhebungsinstrumente, Methodik, Hypothesenüberprüfungen, Diskussion und Kritik an der Studie.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass diese Arbeit einen Teil einer größeren Untersuchung darstellt, an der insgesamt vier Diplomanden/innen beteiligt waren. Die Fragebogenbatterie wurde von zwei Diplomanden/innen online und von einer Diplomandin und mir in Papier-Bleistift-Form vorgegeben. Auf Grund dessen beinhaltet die Fragebogenbatterie ein Testverfahren, das für meine Fragestellungen nicht von Bedeutung ist.

In weiterer Folge sollen die Ergebnisse der unterschiedlichen Erhebungsmethoden verglichen werden, um zu überprüfen, ob die Art der Vorgabe einen Einfluss auf das Antwortverhalten hat.

## 2 Alkohol

### 2.1 Österreichische Gesellschaft und Alkoholkonsum

In unserer Gesellschaft wird der Konsum von Alkohol nicht nur akzeptiert, er ist zu bestimmten Anlässen nicht wegzudenken. In Österreich würde es negativ auffallen, wenn bei Festlichkeiten wie beispielsweise Hochzeiten, Geburtstagsfeiern und Sponsionsfeiern kein Alkohol offeriert werden würde. Im Rahmen genannter Feste oder bei Treffen mit Freunden allgemein ist das Verhalten der Personen auffallender, die keinen Alkohol konsumieren, als das derjenigen, die sich einen Schwips antrinken. Wird zu festlichen Anlässen Alkohol getrunken, gilt das folglich als normale Verhaltensweise, die nicht weiter verwundert. Wird ein alkoholfreies Getränk bestellt, wird das eher hinterfragt, dafür muss es einen triftigen Grund geben wie zum Beispiel die Heimfahrt mit dem Auto. Die Integration von Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft macht auch vor dem beruflichen Umfeld nicht halt. Im Rahmen von betrieblichen Ausflügen oder Festivitäten wird der Konsum von Alkohol ebenso als normal angesehen.

Der Umgang mit Drogen allgemein wird in einer Gesellschaft über soziale Normen geregelt. Die sozialen Normen legen fest, ob und wie eine Droge benutzt werden soll. Sie umfassen die informellen Werte und Verhaltensregeln sowie die Gesetze und politischen Maßnahmen. Zwei dieser Normen, die den Gebrauch von Alkohol regeln, sind beispielsweise „Kenne deine Grenzen“ und „Fahre nie Auto, wenn du betrunken bist“. Die sozialen Rituale sind vorgeschriebene Verhaltensweisen, die die Art und Weise des Gebrauchs einer Droge steuern. Diese Verhaltensweisen umfassen die Wahl der Umgebung für den Konsum, die Aktivitäten nach dem Konsum und Versuche, ungünstige Drogenwirkungen zu verhindern. Bestimmte Formen des Gelegenheitskonsums können sozial so sehr akzeptiert sein, dass kaum gesetzliche Maßnahmen angewandt werden, selbst wenn sie gegen das Gesetz verstoßen (Zinberg, 1983).

Die in Österreich vorherrschenden sozialen Normen den Alkoholkonsum betreffend spiegeln sich in einer Umfrage des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen 2006 wider. 96% der österreichischen Bevölkerung empfinden einen gewissen Alkoholkonsum bei festlichen Gelegenheiten als angemessen, und für 90% ist Alkoholkonsum bei einem Treffen mit Freunden vertretbar. Allerdings ist die Toleranz gegenüber Alkohol situationsabhängig, denn nur 8% tolerieren geringfügigen Alkoholkonsum vor dem Autofahren und 3% eine Alkoholkonsummenge, die eine leichte bis stärkere Berausung nach sich zieht. Daraus kann man schließen, dass sich die österreichische Bevölkerung einen situationsangepassten Alkoholkonsum wünscht, der nicht über den Gebrauch in Richtung Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit hinausgehen soll.

Alkohol wird von allen Gesellschaftsschichten unterschiedlichen Alters konsumiert und funktioniert bei sozialen Anlässen deshalb so gut, da die Wirkung von geringen Alkoholmengen für das typisch österreichische gemütliche und fröhliche Zusammensein förderlich ist.

Einige der als positiv empfundenen Auswirkungen sind die Steigerung des Wohlbefindens, die Erhöhung der Stimmung und Kontaktfähigkeit, der Hemmungslosigkeit sowie die Minderung von Ängsten und Unsicherheiten (Hurrelmann & Bründel, 1997). Nicht nur, dass es normal ist, zu gewissen Anlässen ein, zwei Gläschen Alkohol zu trinken, es wird auch toleriert, wenn einmal „zu tief ins Glas geschaut wird“. Wobei es hier laut Hurrelmann und Bründel (1997) geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Bei Frauen wird ein leichter Rauschzustand im Gegensatz zur Trunkenheit noch toleriert, bei Männern zeigt man sich toleranter.

In der vorhandenen Literatur werden unterschiedliche Länder ihre Trinkkulturen betreffend miteinander verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich des Alkoholkonsumverhaltens festzustellen.

Bloomfield, Stockwell, Gmel und Rehn (2003) beschreiben die traditionelle Einteilung in „wet“ (engl.: nass) und „dry“ (engl.: trocken) Kulturen, gemessen an dem Durchschnittskonsum. In „wet“-Kulturen ist Alkoholkonsum im täglichen

Leben integriert und leicht zu beschaffen. In diesen Kulturen wird vorwiegend Wein getrunken, und die Rate der völlig abstinent lebenden Bevölkerung ist sehr niedrig. Dazu gehören die europäischen mediterranen Länder, zu denen auch Österreich zu zählen ist.

Die „dry“-Kulturen zeichnen sich nicht durch einen täglichen Alkoholkonsum aus, und Alkohol ist nicht so leicht zugänglich wie in den „wet“-Kulturen. Der Anteil der abstinent lebenden Bevölkerung ist höher, wird jedoch Alkohol konsumiert, dann in großen Mengen. Beispiele für diese Trinkkultur sind die skandinavischen Länder, die USA und Kanada (Bloomfield et al., 2003).

Weitere Forschungsergebnisse deuten an, dass die Einteilung in „wet“- beziehungsweise „dry“-Trinkkulturen überholt ist, da sich das Trinkverhalten zumindest innerhalb Europas bezüglich des Trinkkonsums und der bevorzugten alkoholischen Getränke immer mehr angleicht. Bloomfield et al. (2003) betonen allerdings nach wie vor, dass zumindest bei kontinentalen Vergleichen europäische Länder, die vermehrt Wein konsumieren und produzieren, die höchste Alkoholtrinkfrequenz aufweisen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006) führt eine ähnliche Unterteilung des Alkoholkonsumverhaltens wie Bloomfield et al. (2003) an. Es wird zwischen „integrativen“ und „explosiven“ Trinkmustern unterschieden. Die Trinkmuster Österreichs werden als „integrativ“ bezeichnet, das bedeutet, dass es wenig völlig alkoholabstinente Personen gibt, somit der Alkoholdurchschnittskonsum relativ hoch ist, jedoch treten wenig Probleme pro Liter getrunkenen Reinalkohol auf. „Explosive“ Trinkmuster treten eher im englischsprachigen und nordeuropäischen Raum auf und bedeuten, dass relativ viele Personen alkoholabstinent leben, der Alkoholdurchschnittskonsum niedrig ist, dafür aber beim explosiven Trinken mehr Probleme auftreten.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass bis heute Unterschiede in den Trinkmustern erkennbar sind und in Österreich vergleichsweise viel Alkohol pro Person konsumiert wird, da es wenig Alkoholabstinente gibt. Das liegt unter

anderem an der hohen sozialen Akzeptanz und Integration des Alkohols im gesellschaftlichen Leben der Österreicher.

## 2.2 Definition von Alkoholismus und historische Entwicklung

Der Begriff Alkoholismus wurde von Huss 1849 eingeführt und hat sich bis heute durchgesetzt. Dennoch fehlt eine allgemein gültige Definition. Frühe Definitionen bezeichneten als Alkoholismus die dem langjährigen chronischen Alkoholkonsum folgenden somatischen Erkrankungen, und erst in den 40er und 50er Jahren des 20. Jahrhunderts lag der Fokus auf dem Alkoholismus als Krankheit an sich (Arend, 1999).

Schon früh wurde versucht, Klassifikationssysteme für Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus) zu entwickeln. Die **Typologie von Jellinek** 1960 stellt eines der bekanntesten Systeme dar und hat bis heute einen hohen Stellenwert.

Jellinek (1960, zitiert nach Höwler, 2000) unterschied fünf unterschiedliche Trinkertypen. Der Alpha- und Beta-Typ sind als Vorstufen zur Alkoholabhängigkeit anzusehen, und der Gamma-, Delta- und Epsilon-Typ stellen alkoholabhängige Trinkertypen mit unterschiedlichen Trinkmustern dar.

Alpha-Typ: Diesen Typus zeichnet eine zeitweilige psychische Abhängigkeit aus. Es wird getrunken, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen, beispielsweise bei Konflikten, um Erleichterung oder Betäubung zu erlangen. Die Fähigkeit zur Abstinenz ist vorhanden, und es gibt keinen Kontrollverlust beim Trinken (Jellinek, 1960, zitiert nach Höwler, 2000).

Beta-Typ: Dieser Trinktyp weist keinen regelmäßigen Konsum auf, aber zu bestimmten Gelegenheiten kommt es zu übermäßigem Alkoholkonsum. Es ist weder eine psychische noch eine physische Abhängigkeit vorhanden, allerdings können somatische Folgeerkrankungen auftreten (Jellinek, 1960, zitiert nach Höwler, 2000).



Gamma-Typ: Dieser Trinktypus wird auch „Rauschtrinker“ genannt, da sich im Tagesverlauf unauffällige Phasen mit Phasen starker Berausung abwechseln. Psychische und physische Abhängigkeit entwickelt sich, wobei die psychische Abhängigkeit stärker ausgeprägt ist. Es kommt zu einer erhöhten Alkoholtoleranz und zu einem Kontrollverlust während des Trinkens (Jellinek, 1960, zitiert nach Uhl et al., 2002).

Delta-Typ: Für diesen Typus ist die Bezeichnung „Spiegeltrinker“ angemessen, da zwar permanent Alkohol konsumiert wird, jedoch nicht in einem Ausmaß, das Rauschzustände zur Folge hat. Im Gegensatz zum Gamma-Typ ist beim Delta-Alkoholiker die physische Abhängigkeit stärker als die psychische Abhängigkeit ausgeprägt. Es kommt zu erhöhter Alkoholtoleranz, und die abhängige Person ist unfähig, mit dem Alkoholkonsum aufzuhören (Jellinek, 1960, zitiert nach Uhl et al., 2002).

Epsilon-Typ: Dieser Typus wird als „Quartalssäufer“ bezeichnet, weil oft monatelang gar kein Alkohol konsumiert wird, und es dann zum plötzlichen exzessiven Konsum kommt. In diesen exzessiven Phasen ist der Kontrollverlust gegeben, und der Epsilon-Alkoholiker ist psychisch wesentlich stärker abhängig als physisch (Jellinek, 1960, zitiert nach Uhl et al., 2002).

Was sich bei den Trinkertypen nach Jellinek schon abzeichnete, wurde 1979 von der World Health Organisation (WHO) durchgesetzt. Die WHO entschloss sich in der neunten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) auf den Begriff Alkoholismus zu verzichten und stattdessen die Unterscheidung zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit einzuführen. In den heute aktuellen Fassungen der Klassifikationssysteme, ICD-10 und DSM-IV („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, vierte Auflage), wird weiterhin auf den Terminus Alkoholismus verzichtet. Dennoch findet der Begriff in der Praxis bis heute Verwendung, laut Uhl et al. (2002) zumeist im Sinne von Alkoholabhängigkeit.

### 2.2.1 Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV

Als Beispiel für eine aktuelle Klassifikation werden hier die Kriterien für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV der APA (American Psychiatric Association) wiedergegeben. Diese Kriterien sind allgemein für Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit definiert und in diesem Fall auf die Substanz Alkohol bezogen.

**Substanzmissbrauch** bedeutet ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch, der durch wiederholte, deutlich nachteilige Konsequenzen gekennzeichnet ist. Um Substanzmissbrauch diagnostizieren zu können, muss von den folgenden Kriterien mindestens eines innerhalb von 12 Monaten vorhanden sein (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001):

- Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. Fernbleiben der Schule oder der Arbeit aufgrund des Alkoholkonsums).
- Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer).
- Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (z.B. Inhaftierungen aufgrund von Verhaltensweisen im alkoholisierten Zustand).
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (z.B. Gewalt gegenüber dem Ehepartner im alkoholisierten Zustand).

Die Diagnose des Alkoholmissbrauchs ist nur dann zu stellen, wenn die Symptome die Kriterien für Alkoholabhängigkeit nicht erfüllen (Saß et al., 2001).

Die **Substanzabhängigkeit** nach DSM-IV ist durch kognitive, verhaltensbezogene und physiologische Symptome gekennzeichnet, und der

Substanzgebrauch wird trotz der dadurch verursachten Probleme fortgesetzt. Von den nun folgenden Kriterien müssen mindestens drei in einem Zeitraum von 12 Monaten auftreten (Saß et al., 2001):

- Es kommt zu einer Toleranzentwicklung, das bedeutet, dass für denselben Effekt der Substanz eine Dosissteigerung notwendig ist.
- Es stellen sich Entzugssymptome ein, wenn die Substanz nicht weiter konsumiert wird. Diese können physisch und/oder psychisch sein, je nach konsumierter Substanz.
- Die Substanz wird häufig in großen Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen (z.B. Alkoholkonsum bis zur Intoxikation).
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie einzunehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen (z.B. „Kater“ nach Alkoholkonsum).
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz der Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z.B. Depressionen oder Leberschäden aufgrund des Alkoholkonsums).

Der wichtige Unterschied zwischen Missbrauch und Abhängigkeit stellt die körperliche Abhängigkeit dar, die sich in der Toleranzentwicklung und beim Absetzen der Substanz anhand der Entzugssymptomatik zeigt und bei den meisten Substanzen ein wichtiges Kriterium für die Abhängigkeit ist.

Wird in dieser Diplomarbeit der Begriff Alkoholismus gebraucht, so soll darunter Alkoholmissbrauch sowie Alkoholabhängigkeit verstanden werden, also Alkoholkonsum, der klinisch auffällig ist.

Eben bei der Substanz Alkohol, die sich in Österreich wie in Kapitel 2.1 erwähnt, großer Beliebtheit erfreut, fragt man sich nach den Ursachen, weshalb der

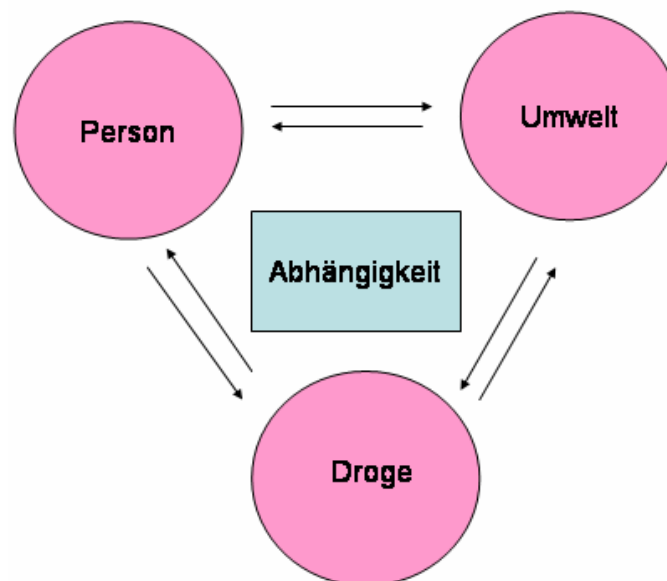
Großteil der Bevölkerung einen „normalen“ Alkoholkonsum pflegen kann, das heißt, die Fähigkeit besitzt, den Konsum über Jahre zu kontrollieren, andere Personen aber alkoholabhängig werden. Auf die Frage nach den Ursachen für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

### 2.3 Ätiologie von Substanzabhängigkeit

Es gibt zahlreiche Modelle, die versuchen, die Entstehung von Abhängigkeiten, insbesondere die der Alkoholabhängigkeit, zu erklären. Diese unterscheiden sich zumeist in der Schwerpunktsetzung, die psychischen, sozialen, kulturellen oder biologischen Faktoren betreffend.

Heute wird von einem bio-psycho-sozialen Modell ausgegangen, das heißt, es werden multifaktorielle Ursachen für die Erklärung herangezogen. Es wird ein komplexes Wechselspiel zwischen den Faktoren Person, Droge und Umwelt angenommen (s. Abb. 1).

**Abb. 1:** Wechselspiel der Abhängigkeitsfaktoren. Nach Kryspin-Exner (2005, S.65).



Trotz zahlreicher Untersuchungen, Erkenntnisse und einer Vielzahl an Informationen konnten keine Kausalzusammenhänge zwischen verursachenden Faktoren und Abhängigkeit erkannt werden. Es ist also nicht möglich, die Entwicklung einer Abhängigkeit vorherzusagen (Schwehm, 1994) oder eine „Abhängigkeitspersönlichkeit“ festzustellen. Auch Zinberg (1984, zitiert nach Uhl & Kobra, 2004) betont, dass die Eigenschaften der Substanz („Drug“), die konsumierende Person („Set“) sowie deren Umgebung („Setting“) die Entstehung von Problemen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen determiniert.

Was bedeuten nun diese drei Faktoren in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit?

Die Wirkung der **Droge** Alkohol ist förderlich für die Kontaktaufnahme und hebt die Stimmung. Dies wird subjektiv als angenehm beurteilt und entspricht den sozial gewünschten Auswirkungen. Trotzdem handelt es sich bei Alkohol um eine Droge mit Suchtpotenzial, die zu einer Abhängigkeit führen kann.

Die **personenbezogene psychische Disposition** betreffend fühlen sich in unserer heutigen Leistungsgesellschaft viele Menschen überfordert von den vorherrschenden Normen und Wertvorstellungen und greifen deshalb zum Alkohol. Viele Alkoholiker leiden an affektiven Störungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen und gebrauchen den Alkohol im Sinne von Selbstmedikation (Höwler, 2000).

Die Erwartungen und persönlichen Erfahrungen bezüglich der Wirkung von Alkohol spielen auch eine relevante Rolle. Die individuelle Wahrnehmung von Vor- bzw. Nachteilen des Alkoholkonsums ist von entscheidender Bedeutung, ob der Alkoholkonsum fortgesetzt wird oder nicht. Smith (1983) geht davon aus, dass jeder Konsument eine Gesamtbeurteilung durchführt und den Konsum solange fortsetzt, bis der Gesamtschaden den Gesamtnutzen übertrifft. Für viele Menschen überwiegen die positiven Auswirkungen des Alkoholkonsums, wie folgende Umfrage zeigt: Hilge und Schwoon (1990, zitiert nach Hurrelmann & Bründel, 1997) fragten Deutsche nach ihren Motiven für den Alkoholkonsum. Die Befragten gaben Folgendes an: Alkohol erleichtert die Kontaktaufnahme, lindert Depressionen, hilft gegen Langeweile, ist Medizin, macht gute Gefühle, macht

mutig, entspannt und macht den Kopf klar. Das bedeutet, dass die Wirkung von Alkohol zu Beginn positiv beurteilt wird und deshalb wiederholt konsumiert wird.

Die **personenbezogene physische Disposition** betreffend wurden in den letzten Jahrzehnten aufgrund der voranschreitenden technischen Entwicklungen in der Genforschung neue Erkenntnisse gewonnen.

Alkoholabhängigkeit tritt vermehrt in Familien auf und kann teilweise auf genetische Faktoren zurückgeführt werden. Adoptionsstudien ergaben, dass Kinder Alkoholabhängiger ein drei- bis vierfach größeres Risiko haben, eine Abhängigkeit zu entwickeln, auch wenn sie gleich nach der Geburt adoptiert werden (Saß et al., 2001).

Es gibt auch genetische Unterschiede bezüglich der physischen Verträglichkeit von Alkohol. In asiatischen Ländern ist die Lebenszeitprävalenz (Krankheitshäufigkeit während der gesamten Lebensspanne bzw. bis zum Untersuchungszeitpunkt) für die Alkoholabhängigkeit relativ gering, da ca. 50% der asiatischen Bevölkerung Schwierigkeiten mit dem Alkoholabbau haben, was sich in subjektiv unangenehmen körperlichen Symptomen wie Hautrötung im Gesicht, Herzklopfen etc. äußert (Propping, 1983; Saß et al., 2001). Im europäischen Raum, also auch bei uns in Österreich, scheint dieser Faktor kaum eine Rolle zu spielen.

Die **Umweltfaktoren** beinhalten unter anderem die Konsumgewohnheiten und die gesellschaftliche Einstellungen zum Alkoholkonsum, die Verfügbarkeit, Werbung, gesetzliche Verankerung und den Umgang mit Alkohol in der Familie.

Die Konsumgewohnheiten der Österreicher und die sozialen Normen wurden bereits in Kapitel 2.1 behandelt. Es soll hier nur noch einmal erwähnt werden, dass der Alkohol ein beliebtes toleriertes Genussmittel der österreichischen Bevölkerung darstellt.

Alkohol ist eine Droge, die legal, kostengünstig und für jeden jederzeit verfügbar ist. Untertags kann Alkohol in Lebensmittelgeschäften und in der Nacht in Tankstellen sowie Nachtlokalen erworben werden. Das Wiener

Jugendschutzgesetz (2002) hält lediglich fest, dass der Konsum alkoholischer Getränke für junge Menschen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres untersagt ist. Die Bestimmung gilt für ganz Österreich. Ab wann der Konsum von „harten“ Getränken erlaubt ist, ist nicht homogen festgelegt. Ebenso ist die Alkoholgrenze von 0,5 Promille, die beim Autofahren nicht überschritten werden darf, gesetzlich verankert.

Die Familie beeinflusst im Sinne von Banduras Modelllernen (1969, zitiert nach Arend, 1999) das Trinkverhalten der Kinder. Das bedeutet, dass Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit später Alkohol konsumieren werden, wenn es die Eltern auch tun.

## 2.4 Folgen des Alkoholismus

Langjähriger chronischer Alkoholkonsum kann zu psychiatrischen Folgeerkrankungen wie beispielsweise Alkoholdelir, Eifersuchtswahn und alkoholischer Demenz führen sowie zu neurologischen Folgeerkrankungen wie Hirnatrophie oder Wernicke-Korsakoff-Syndrom. Zusätzlich führt der langjährige Alkoholkonsum zu unterschiedlichen körperlichen Schädigungen. Besonders belastet werden die Leber, die Organe des Bauch- und Verdauungstraktes und das Herz, wodurch die Lebenserwartung drastisch verringert wird (Springer, 2007).

Neben den oben genannten Folgen von Alkoholismus besteht unter Alkoholeinfluss eine erhöhte Unfallgefahr sowie Gewaltbereitschaft. Einen wichtigen Punkt stellen die Unfälle im Straßenverkehr dar. Es wird geschätzt, dass bei der Hälfte dieser Unfälle ein alkoholisierter Fahrer oder Fußgänger verwickelt ist (Saß et al., 2001). Ein aktuelles Beispiel hierfür stellt der Tod des Kärntner Landeshauptmannes Haider dar, der mit 1,8 Promille mit dem Auto verunglückte. Die Selbstmordrate ist bei Alkoholiker/innen 13mal so hoch wie bei Nicht-Alkoholiker/innen. Diese darf jedoch nicht ausschließlich der Suchtproblematik zugeschrieben werden, da viele Menschen bereits vor der Alkoholabhängigkeit an psychischen Erkrankungen wie beispielsweise

Depressionen litten und Alkohol als Selbstmedikation einsetzten (Uhl & Kobrna, 2004).

Nach Bühringer et al. (2000, zitiert nach Uhl & Kobrna, 2004) haben männliche Alkoholiker eine um 17 Jahre und weibliche Alkoholikerinnen eine um 20 Jahre geringere Lebenserwartung als die Gesamtbevölkerung.

## 2.5 Epidemiologie des Alkoholismus

Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch gehören zu den am weitesten verbreiteten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Eine Untersuchung an der amerikanischen Bevölkerung in den 1980er Jahren zeigte, dass ca. 8% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens alkoholabhängig waren und ca. 5% Alkoholmissbrauch betrieben hatten. Eine spätere amerikanische Studie in den 1990er Jahren ergab eine Prävalenz (Krankheitshäufigkeit zum Untersuchungszeitpunkt) von 14% für die Alkoholabhängigkeit (Saß et al., 2001).

Der Alkoholkonsum in Österreich hat sich in den letzten drei Jahrzehnten um 19% verringert. Dieser Rückgang ist hauptsächlich der männlichen Bevölkerung zuzuschreiben. Eine österreichische Erhebung zum Substanzmissbrauch ergab folgende Zahlen (Uhl, Springer, Kobrna, Gnambs & Pfarrhofer, 2005, s. Tab. 1).

**Tab. 1:** Alkoholkonsum in Österreich (Uhl et al., 2005).

Alkoholkonsum	Männer (n=2171)	Frauen (n=2347)	Gesamt (n=4518)
Abstinenz, Fastabstinenz, geringer Alkohol.	56,9%	75,3%	66,4%
Mittlerer Alkohol.	22,1%	14,3%	18,0%
Problematischer Alkohol.	13,5%	7,9%	10,6%
Alkoholismus	7,5%	2,5%	5,0%



Diese Zahlen bedeuten, dass ca. 16% der Befragten einen sehr hohen Alkoholkonsum aufweisen, der diagnostisch gesehen einem Missbrauch bzw. einer Abhängigkeit entspricht. Frauen trinken nach wie vor weniger als Männer, wobei sich die Unterschiede im Vergleich zu früheren Erhebungen aufgrund des oben genannten Rückgangs des Konsums der Männer und einem leichten Anstieg des Konsums der Frauen verringert haben. Diese Veränderung des Konsumverhaltens wird auf eine langsame Angleichung der Geschlechterrollen zurückgeführt.

Die Lebenszeitprävalenz liegt laut Uhl et al. (2005) für die österreichische Bevölkerung insgesamt bei 10%, für Männer bei 14% und für Frauen bei 6%.

## 2.6 Erhebung des Alkoholkonsums

Es gibt zwei Möglichkeiten, um den Alkoholkonsum zu erfassen. Über die offiziellen Verkaufs-, Produktions-, Import- und Exportzahlen (Statistikmethode) oder über Bevölkerungsumfragen (Umfragemethode). Die Umfragemethode wird aufgrund ihrer Relevanz für die vorliegende Arbeit näher beschrieben.

Sämtliche Literatur weist darauf hin, dass es bei Umfragen zu einer Unterschätzung des Alkoholkonsums kommt. Nach Uhl und Kobra (2004) führen folgende Fehler zu dieser Unterschätzung:

- „Undersampling-Fehler“: Alkoholiker/innen werden wie jede andere Randgruppe bei Befragungen unterproportional erfasst.
- „Underreporting-Fehler“: Die Personen geben einen zu geringen Konsum des Vortages an.
- „Vergessensfehler“: Werden Personen über weiter zurückliegende Tage befragt, geben sie eine noch geringere Konsummenge an als die ebenso zu geringe Menge des Vortags.

Uhl und Springer (1996, zitiert nach Uhl & Kobra, 2004) konnten zeigen, dass mittels der Umfragemethode nur 38% des eigentlichen Alkoholkonsums erfasst

werden konnte. Bei der oben genannten Statistik von Uhl et al. (2005, s. Tab. 1) wurden die Fehler rechnerisch korrigiert.

## 3 Lebensqualität

### 3.1 Historische Entwicklung der Lebensqualitätsforschung

Die „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (g-LQ) stellt mit ca. 30 Jahren einen relativ jungen Forschungsbereich dar. Es gibt unzählige Definitionsversuche dieses multidimensionalen Konstruktes, aber bis heute keine generell gültige Definition dieses Termini.

In der sozialwissenschaftlichen Literatur erfreut sich der Begriff Lebensqualität (LQ) seit den 1940er Jahren großer Beliebtheit, und in den 1960er Jahren wurden erste Forschungen zur Erfassung der Lebensqualität durchgeführt. Damals wurden unter dem Konstrukt Lebensqualität primär objektiv erfassbare Variablen wie beispielsweise die sozio-ökonomischen Ressourcen eines Staates oder die Gesundheitsversorgung verstanden. Erst Anfang der 1980er Jahre verfolgte Campbell (zitiert nach Bullinger, 1998) einen individuumsbezogenen Ansatz zur Erforschung der Lebensqualität in Amerika, indem er die subjektive Lebenszufriedenheit der Bevölkerung erhob.

In der Medizin fand währenddessen ein Paradigmenwechsel in der Bewertung medizinischer Behandlungsverfahren statt. Dieser wurde 1947 mit der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheit eingeleitet. „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“ (zitiert nach Uhl et al., 2002, S. 16). Dieser Ansatz betonte bereits damals, dass lediglich die Behandlung einer somatischen Erkrankung zu wenig ist, um die Gesundheit eines Menschen zu gewährleisten. Ebenso wichtige Aspekte stellen das psychische und soziale Wohl dar. Diese Definition kann als erster Baustein der g-LQ angesehen werden.

Diese neue Sichtweise war unter anderem eine Folge des veränderten Krankheitsspektrums. Bis zum 19. Jahrhundert waren die Infektionserkrankungen die Erkrankungen, die es zu bekämpfen galt. Heute sind es vorwiegend die

psychovegetativen und funktionellen Störungen sowie chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparates (Stosberg, 1994).

Zu dem Wandel des Krankheitsspektrums kam es aufgrund des ausgebauten Gesundheitssystems und der modernen Medizin sowie aufgrund der besseren Ernährung und der günstigeren Wohnverhältnisse. Früher lag der Fokus darauf, einen Menschen am Leben zu erhalten: Ein Mensch galt als gesund, wenn er nicht körperlich krank war. In Folge genannter Veränderungen musste ein Umdenken stattfinden, um Menschen mit unheilbaren chronischen Gebrechen ein Leben mit bestmöglicher Qualität zu ermöglichen. Dafür ist es notwendig, die psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte zu berücksichtigen, um dadurch die Lebensqualität von unheilbar Kranken zu erhöhen.

In der Medizin hat sich daraufhin schnell der Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität durchgesetzt, da in der Medizin die auf die Gesundheit bezogenen Aspekte des menschlichen Erlebens den primären Schwerpunkt darstellen (Patrick & Erikson, 1992, zitiert nach Bullinger, 1998).

### 3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Nach Bullinger (1997) beinhaltet die gesundheitsbezogene Lebensqualität „...das Gesamte der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten, wie sie von der Person selbst geäußert werden.“ (S. 1). Im Vordergrund steht daher die Betonung der subjektiven Einschätzung des Patienten und zwar nicht nur die subjektive Bewertung des körperlichen Aspekts, sondern genauso des psychischen, sozialen und funktionalen Aspekts. Die Fremdeinschätzung der Ärzte allein wurde als nicht mehr ausreichend erachtet, um den Gesundheitszustand von Patienten zu beurteilen.

Laut Bullinger, Ravens-Sieberer und Siegrist (2000) wird der Begriff g-LQ in der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung und in der Praxis ärztlichen Handelns überall dort verwendet, wo bedeutsame Aspekte des

Befindens und Handlungsvermögens von Personen Beachtung finden, die unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden oder chronisch krank sind. Wie bereits erwähnt liegt der Fokus nicht mehr alleine auf der Veränderung der klinischen Symptomatik oder der Verlängerung des Lebens, sondern auf der subjektiven Sichtweise und Beurteilung des Gesundheitszustandes durch den Patienten selbst. Die subjektive Lebensqualität wird seither als Bewertungskriterium für Therapien eingesetzt (Najman & Levine, 1981, zitiert nach Bullinger, 1998). Bei chronisch Kranken ist die Erhebung der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität von besonderer Wichtigkeit. Oft ist eine Heilung nicht möglich, und deshalb liegt der Schwerpunkt auf der Optimierung der Behandlungsmöglichkeiten, um die bestmögliche Lebensqualität mit der Erkrankung zu gewährleisten.

Die g-LQ ist ein latentes Konstrukt, das nicht direkt beobachtet werden kann und somit über die Verwendung von Indikatoren erschlossen werden muss (Calman, 1987; Najman & Levine, 1981, alle zitiert nach Bullinger et al., 2000). Zusätzlich ist es wichtig zu berücksichtigen, dass es sich bei der Lebensqualität um ein änderungssensitives Phänomen handelt, das sich mit den Verlaufsgesetzen einer Erkrankung und den therapeutischen Maßnahmen verändert (Bullinger et al., 2000).

Bullinger (1998; Bullinger et al., 2000) beschreibt die Entwicklung der g-LQ in vier Phasen. In der ersten Phase in den 1970er Jahren befasste man sich mit der Definition von Lebensqualität. Als logische Folge der Lebensqualitätsforschung war in den 1980er Jahren (2. Phase) die Entwicklung von Verfahren im Vordergrund, um die Lebensqualität als Bewertungskriterium messbar zu machen, sowie die Überprüfung derselben in groß angelegten Studien. In der dritten Phase wurden die Messinstrumente in unterschiedlichen Feldern angewandter Forschung eingesetzt.

Nach Bullinger befinden wir uns heute in der vierten Phase. Es kommt zu einer Rückbesinnung zu den theoretischen und methodologischen Grundlagen, und die Lebensqualitätsmessung wird in die Evaluation, Qualitätssicherung und in die Planung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge miteinbezogen.

Ziel der Lebensqualitätsforschung ist (Bullinger, 1998):

- die Beschreibung der Lebensqualität bestimmter Populationen, um Informationen für gesundheitspolitische Planungen abzuleiten.
- die Bewertung von Therapien mit Hilfe von Querschnitts- sowie Beobachtungsstudien und randomisierten, kontrollierten klinischen Studien.
- die gesundheitsökonomische Nutzung der LQ bei der Frage, inwieweit das Ergebnis komplexer Handlungsbemühungen gesundheitspolitisch und ökonomisch vertretbar ist.

Die Beschäftigung mit der g-LQ hat bis heute nichts an Aktualität verloren, ganz im Gegenteil. Nach einer von der Statistik Austria (2007) durchgeführten Befragung stieg die Lebenserwartung in den Jahren 1991 bis 2006 bei den Frauen insgesamt um 3,7 Jahre auf 82,7 Jahre an, und bei den Männern ist sie um 4,8 Jahre auf 77,1 Jahre angewachsen. Damit stiegen auch die Zahlen von von chronischen Gesundheitsbeschwerden betroffenen Personen rapide an. Dieser Erhebung zufolge stellt die Wirbelsäule den am öftesten erwähnten chronischen Problembereich dar, gefolgt von Bluthochdruck, Allergien, Gelenkserkrankungen und Migräne.

Es ist eine Tatsache, dass die Menschen immer älter werden, und somit der Anteil der Bevölkerung, der von chronischen Erkrankungen betroffen ist und langfristige Behandlung in Anspruch nehmen muss, immer größer wird. Deshalb ist es von besonderem Interesse, diesem großen Bevölkerungsteil eine bessere medizinische Versorgung inklusive höherer g-LQ zu ermöglichen. Einen zusätzlichen Motivator neben dem menschlichen Aspekt stellen die möglichen Einsparungen im Gesundheitssystem dar, wenn Behandlungen und Therapien evaluiert und verbessert werden.

### 3.2.1 Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität

Trotz zahlreicher Diskussionen bezüglich der genauen Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität und der mangelnden theoretischen Fundierung ist die methodische Erhebung weit fortgeschritten und die Akzeptanz der durchgeführten Forschung vorhanden. Durch zahlreiche Untersuchungen an unterschiedlichen Patientengruppen konnte gezeigt werden, dass zwischen dem objektiven somatischen Befund und den subjektiven körperlichen Beschwerden nur eine geringe Korrelation besteht (Rose et al., 2000), was die Bedeutsamkeit einer Erhebung der g-LQ unterstreicht.

Um die g-LQ von Patienten adäquat erfassen zu können, arbeitet die Medizin unter anderem mit der Psychologie Hand in Hand, was zur Folge hatte, dass sich auch in der Psychologie die g-LQ als Forschungsschwerpunkt etabliert hat.

Die g-LQ wird in der Regel mittels Fragebögen erhoben, es kommen generische und spezifische Messinstrumente zur Anwendung. Unter generischen Messinstrumenten versteht man krankheitsübergreifende Verfahren, die unabhängig von der klinischen Diagnose des Patienten eingesetzt werden können. Die bekanntesten Vertreter, ursprünglich aus dem angloamerikanischen Raum, sind das „Nottingham Health Profile“ (NHP; Hunt, McEwan & McKenna, 1986) und der MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998). Krankheitsspezifische Verfahren sind speziell für eine von einer spezifischen Krankheit betroffenen Population entwickelt worden. Ein Beispiel dafür ist die revidierte Fassung des Fragebogens für Asthma-Patienten (FAP-R; Schandry & Duschek, 2003), der speziell für asthmakranke Patienten entwickelt wurde.

Mittlerweile stehen nicht nur mehr somatische Erkrankungen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Seit den 1990er Jahren beschäftigt sich die Lebensqualitätsforschung zusätzlich mit den Auswirkungen psychischer Störungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Das stellt einen sehr interessanten Forschungsbereich dar. Rose et al. (2000) konnten beispielsweise zeigen, dass Patienten mit primär somatischen Erkrankungen ihre Lebensqualität

mit Ausnahme der Alltagsfunktionen deutlich höher einschätzen als Patienten mit psychosomatischen Hauptdiagnosen. Das bedeutet, dass die psychische Verfassung eine höhere Relevanz bezüglich einer geringen Lebenszufriedenheit und einer schlechten globalen LQ hat als die körperliche Verfassung. Eine Studie an psychiatrischen Grundversorgungspatienten/innen, zeigte, dass Personen, die an affektiven Störungen, Angststörungen, Alkoholismus oder Essstörungen litten, geringere Werte in der SF-36 aufwiesen als die gesunde Bevölkerung (Spitzer et al., 1995, zitiert nach Bullinger, 1998). Eine weitere Studie identifiziert bei ehemaligen stationären psychiatrischen Patienten unter anderem einen geringeren Grad an depressiven Symptomen als Prädiktor für eine hohe LQ (Sullivan, Wells & Leake, 1992, zitiert nach Bullinger, 1998).



## 4 Alkohol und Lebensqualität

### 4.1 Alkoholkonsum und Gesundheit

Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, hat chronischer Alkoholismus negative Auswirkungen auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand eines Menschen. Mit diesem Wissen könnte man annehmen, dass es am besten wäre, gar keinen Alkohol zu konsumieren, um bestmögliche Gesundheit zu erlangen. Das heißt, man würde einen linearen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheit vermuten. Im Volksmund ist die Annahme weit verbreitet, dass ein Glas Wein am Tag förderlich für die Gesundheit sei. Viele Studien scheinen zu bestätigen, dass mäßiger Alkoholkonsum mit besserer Gesundheit einhergeht als die vollkommene Alkoholabstinenz. Einigkeit herrscht darüber, dass Alkoholismus negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat. In der empirischen Forschung spricht man von einem u-förmigen oder j-förmigen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheit.

Vahtera, Poikolainen, Kivimäki, Ala-Mursula und Pentti (2002) befragten die finnische arbeitende Bevölkerung nach ihrem Alkoholkonsum und erhoben bei deren Arbeitgebern die Anzahl der aufgrund von Krankheit fehlenden Arbeitstage als objektive Variable für die Gesundheit. Im Rahmen dieser Studie konnte ein u-förmiger Zusammenhang nachgewiesen werden. Abstinente Personen und Personen mit hohem Alkoholkonsum hatten mehr krankheitsbedingte Ausfälle als mäßige Trinker, die Wein oder Bier konsumierten.

In einer deutschen Studie von Baumeister et al. (2006) zeigte sich ein ähnliches Ergebnis. In dieser Studie wurden neben dem Alkoholkonsum die ambulanten und stationären medizinischen Behandlungen erhoben. Es zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Das bedeutet, je mehr Alkohol die Personen konsumierten, desto geringer die stationären oder ambulanten Behandlungen. Bei den Abstinente war der Effekt für stationäre Behandlungen sogar größer als für ambulante, was laut den Autoren auf einen schlechteren Gesundheitszustand und

schwerwiegendere chronische Erkrankungen schließen lässt. Ehemalige schwere Trinker hatten eine höhere Inanspruchnahme von ambulanter medizinischer Versorgung als die Abstinente und als alle anderen Alkoholkonsumentengruppen.

Ein weiteres Beispiel für den u-förmigen oder j-förmigen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheit stellt die Studie von Shaper, Wannamethee und Walker (1988, zitiert nach Uhl et al., 2002) dar, im Rahmen derer festgestellt wurde, dass Alkoholabstinente und Personen mit exzessivem Konsum eine deutlich niedrigere Lebenserwartung haben als Personen mit mittlerem Alkoholkonsum. Marmot, North, Feeney und Head (1993, zitiert nach Uhl et al., 2002) konnten nachweisen, dass Alkoholabstinente rund doppelt so oft krank und doppelt so lang krank sind wie mäßige Trinker.

#### 4.1.1 Erklärungsversuche des u-förmigen Zusammenhangs

Weshalb hoher Alkoholkonsum einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt, wurde bereits erläutert. Deshalb soll hier näher auf Erklärungsversuche eingegangen werden, weshalb Alkoholabstinenz zu geringerer Gesundheit führen könnte als mäßiger Konsum.

##### **Alkohol als protektive Substanz**

Einige Forscher sind der Meinung, dass Alkohol (Wein) in geringen Mengen einen positiven Einfluss auf den Cholesterinspiegel hat und erklären damit den u-förmigen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und koronaren Herzerkrankungen (Gaziano et al., 1993, zitiert nach Uhl et al., 2002). Andere Studien zeigen diesen Zusammenhang nicht nur in Bezug auf koronare Erkrankungen, sondern mit Gesundheitsproblemen allgemein. Manche Autoren interpretieren diese Ergebnisse dahingehend, dass Alkohol stressreduzierend wirkt und sich deshalb allgemein protektiv auf den Gesundheitszustand auswirkt (Lipton, 1994; Wannamethee & Shaper, 1988, alle zitiert nach Uhl et al., 2002).

### **Sozio-kulturelle Regelungshypothese**

Nach dieser Hypothese passen Personen, die gesund, also psychisch und physisch in guter Verfassung sowie sozial integriert sind, ihren Alkoholkonsum an die gesellschaftlichen Normen an (Uhl et al., 2002). Das würde beispielsweise in Österreich bedeuten, dass sie weder abstinent leben noch Alkohol in großen Mengen konsumieren.

### **Selbstschutz- bzw. Selbstmedikationshypothese**

Die laut Uhl et al. (2002) plausibelste Erklärung ist, dass Personen, die psychisch oder physisch krank sind, entweder aus Selbstschutz gar keinen Alkohol konsumieren oder Alkohol im Sinne einer Selbstmedikation einsetzen und deshalb in die Gruppe der Abstinente oder in die der Alkoholiker fallen.

### **Ehemalige-Trinker-Hypothese**

Diese Hypothese bezieht sich auf Fehler im Studiendesign, und zwar dahingehend, dass bei den Abstinente keine Unterscheidung gemacht wird zwischen Personen, die nie Alkohol getrunken haben, und denjenigen, die früher starke Trinker waren und zum Zeitpunkt der Untersuchung abstinent leben. Bei ehemaligen starken Trinkern kann davon ausgegangen werden, dass sie von gesundheitlichen Beschwerden aus ihrer Trinkerzeit betroffen sind und deshalb das Ergebnis verfälschen. Nach Uhl et al. (2002) ist diese Erklärung nicht ausreichend, und in mehreren Studien (Baumeister et al., 2006; Vahtera et al., 2002) konnte gezeigt werden, dass, auch wenn diese abstinenten Gruppen getrennt erhoben werden, dieser Effekt noch immer besteht. Die Abstinente hatten im Vergleich zu den ehemaligen Trinkern teilweise sogar einen schlechteren Gesundheitszustand.

## **4.2 Alkoholkonsum und gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Wird anstatt der objektiven Gesundheitskriterien die subjektive g-LQ erhoben, zeigt sich ein ähnlicher Zusammenhang, wie folgende Studien demonstrieren.

Im Rahmen einer großen Gesundheitsstudie, an der 3586 Amerikaner teilnahmen, konnten Strangers et al. (2006) nachweisen, dass Personen, die Alkohol konsumieren, eine bessere physische g-LQ angaben als abstinente und ehemalige trinkende Personen. Bezüglich der psychischen g-LQ gaben die ehemaligen Trinker die schlechteste psychische Verfassung an, unterschieden sich aber nicht signifikant von den Lebenszeitabstinenten. Personen, die täglich Alkohol konsumierten, bewerteten ihre mentale Verfassung besser als Abstinente, jedoch schlechter als die wöchentlichen Trinker. Die Konsumenten, die in den letzten 30 Tagen eine Intoxikation berichteten, hatten schlechtere psychische Werte als alle anderen Gruppen. Auch in dieser Studie zeigt sich die u-förmige Relation zwischen Alkoholkonsum und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Die g-LQ wurde mit der SF-36 erhoben.

In einer weiteren Studie von Van Dijk, Toet und Verdumen (2004) ergab sich mit der Ausnahme der Dimension Körperliche Funktionsfähigkeit ein j-förmiger Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und den einzelnen Dimensionen der SF-36. Mäßige und schwere Alkoholkonsumenten gaben eine signifikant höhere g-LQ an als abstinente Personen. Es gab in den meisten Dimensionen der SF-36 keine Unterschiede zwischen früheren Konsumenten und den Lebenszeitabstinenten. Allerdings ergab sich in Summe bei den ehemaligen Konsumenten eine bessere psychische g-LQ.

Die zuvor erwähnten Studien untersuchten mittels zufällig gezogenen Stichproben die allgemeine Bevölkerung und ihren unterschiedlichen Alkoholkonsum im Zusammenhang mit g-LQ und konnten nachweisen, dass mäßiger bis moderater Alkoholkonsum einen positiven Einfluss auf die g-LQ hat. Betrachtet man nur eine Teilpopulation, und zwar die der alkoholabhängigen Menschen, weisen Welsh, Buchsbaum und Kaplan (1993, zitiert nach Rudolf, 2000) darauf hin, dass diese Patientengruppe im Vergleich zu anderen psychiatrischen Diagnosegruppen eine niedrigere Lebensqualität aufweist. Besonders betroffen sind alkoholabhängige Frauen. Diese geben in einer Erhebung von Rudolf (2000) eine sehr niedrige Lebenszufriedenheit sowie eine hohe Unzufriedenheit ihre psychische Verfassung betreffend an. In weiteren Studien weisen Alkoholikerinnen eine deutlich niedrigere subjektive Lebensqualität auf als

Nichtalkoholikerinnen (McLachlan, Walderman, Birchmore & Marsden, 1979; Rudolf, Bommer & Priebe, 1996, alle zitiert nach Rudolf, 2000).

Nach dem aktuellen empirischen Forschungsstand zum Thema Alkoholkonsum und gesundheitsbezogene Lebensqualität lässt sich zusammenfassend sagen, dass mäßiger Alkoholkonsum scheinbar mit einer höheren g-LQ und Abstinenz sowie hoher Alkoholkonsum (Alkoholismus) mit einer geringeren g-LQ zusammenhängt.



## 5 Existentielle Frustration

### 5.1 Viktor E. Frankl

Der Begriff der existentiellen Frustration wurde vom Wiener Psychiater und Neurologen Viktor E. Frankl (1905–1997) geprägt (s. Abb. 2). Frankl beschäftigte sich zunächst mit der Psychoanalyse Sigmund Freuds, wechselte aber bald zur Individualpsychologie Alfred Adlers über, bei dem er auch eine Ausbildung durchlief. Allerdings kritisierte Frankl

öffentlich die Individualpsychologie, was 1927 seinen Ausschluss aus der Individualpsychologischen Vereinigung zur Folge hatte (Längle & Holzhey-Kunz, 2008).

Frankl war der Ansicht, dass weder der Wille zur Lust (Lustprinzip) der Psychoanalyse noch der Wille zur Macht (Geltungsstreben) der Individualpsychologie die wichtigsten Motivatoren der Menschen sind, sondern der Wille zum Sinn, also dass das Ringen um die möglichste Sinnerfüllung seines Daseins noch viel tiefer im Menschen verwurzelt ist (Frankl, 1998a). Nach seinem Ausschluss aus der Individualpsychologischen Vereinigung entwickelte Frankl schrittweise die Logotherapie zu dem eigenständigen psychotherapeutischen System, das heute unter der Doppelbezeichnung „Logotherapie und Existenzanalyse“ bekannt ist, und er gilt heute als der Begründer der dritten Wiener Schule der Psychotherapie (Batthyány, 2006).

Die Logotherapie und die Existenzanalyse sind laut Frankl je eine Seite ein und derselben Theorie. Die Logotherapie stellt die psychotherapeutische Behandlungsmethode dar und die Existenzanalyse ist die anthropologische

**Abb. 2.:** Foto von Viktor Frankl

Viktor Frankl Institut (o. J., o. S.), © IMAGNO/K. Vesely.



Forschungsrichtung. „Logos“ in der Logotherapie bedeutet für Frankl einerseits Sinn und andererseits das „Geistige“. In der existenzanalytischen Anthropologie bedeutet das „Geistige“ die Veranlagung jedes Menschen, nach Sinn zu suchen. Nach Frankl ist das Geistige neben dem Leiblichen und dem Seelischen eine weitere Dimension des Menschen. Diese geistige Dimension stellt die eigentliche Dimension des Menschseins dar. Sie wird von Freiheit und Verantwortlichkeit determiniert und von der unbewussten Geistigkeit beeinflusst, die neben dem triebhaften Unbewussten existiert (Frankl, 1998a, 2005).

Die beiden Achsen der Logotherapie bilden die Selbst-Distanzierung, das ist die personale Fähigkeit, zu sich selbst auf Distanz zu kommen, und die Selbst-Transzendenz, sprich die personale Fähigkeit, aus sich herauszugehen und sich auf etwas oder jemand anderen einzulassen. Im Rahmen der Logotherapie wird Hilfestellung für die Suche nach Sinn gegeben, um den Sinnanspruch des Menschen an sein Dasein zu befriedigen. Wichtige Aspekte dabei sind das Bewusstmachen von Freiheit und Verantwortlichkeit gegenüber dem situativ vorliegenden Sinn. Hier mündet nach Frankl jede Logotherapie in eine Existenzanalyse, denn ohne Sinn gäbe es auch keine Verantwortung (Frankl, 1998a; Längle & Holzhey-Kunz, 2008).

Nach Frankl gibt es drei unterschiedliche Möglichkeiten, um Sinn zu erlangen. Indem man schöpferische Werte verwirklicht, also indem ein Werk geschaffen wird, oder indem man Erlebniswerte im Sinne von Erfahrungen oder Begegnungen verwirklicht. Es kommt sozusagen zur Sinnerfüllung und Selbstverwirklichung durch den Dienst an einer Sache oder der Liebe zu einer Person. Die dritte Möglichkeit ist die Verwirklichung von Einstellungswerten, damit ist die Haltung oder die Einstellung gegenüber einem unausweichlichen negativen Schicksalsschlag, aufgrund dessen man auch in diesen Situationen bis hin zum Tod Sinn erfahren kann, gemeint (Frankl, 1998a; 2005). Bei der dritten Möglichkeit spiegeln sich Frankls persönliche Erfahrungen wider. Er wurde 1942 ins Konzentrationslager Theresienstadt deportiert und überlebte als einziger seiner Familie.



## 5.2 Existentielle Frustration

Gelingt es dem Menschen nicht, die oben genannten Sinn- und Wertmöglichkeiten zu verwirklichen, kommt es zu einer inneren Leere und Inhaltslosigkeit und zu einem Gefühl des verlorenen Daseinssinns und Lebensinhaltes, das Frankl als existentielles Vakuum bezeichnet und sich in der existentiellen Frustration manifestiert. Frankl betont, dass der Sinnwille an sich und dessen mögliche Frustration nichts Krankhaftes oder Krankmachendes darstellt, im Gegenteil, es sei das Allermenschlichste, am Sinn des eigenen Lebens zu zweifeln. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass die existentielle Frustration das Auftreten neurotischer Erkrankungen begünstigt. Diese Neurosen bezeichnet Frankl als noogene (= geistig entstanden) Neurosen, die sich dadurch auszeichnen, dass die neurotische Symptomatik Manifestationen eines gescheiterten Strebens nach Sinn darstellen (Frankl, 1998a; Yalom, 2005).

Laut Frankl (1998b) ist die existentielle Frustration ein aktuelles Problem der Industrieländer, das existentielle Vakuum hat sich seiner Meinung nach zu einer „Massenneurose“ ausgewachsen. Die Konsumgesellschaft versucht Bedürfnisse zu befriedigen, nur bleibt dabei das wichtigste Grundbedürfnis unbefriedigt, und zwar der Wille zum Sinn. Zur existentiellen Frustration kommt es, weil die Menschen nicht mehr wissen, was sie wollen. Weder werden sie von Instinkten geleitet, noch gibt es heutzutage traditionell vermittelte Werte. Zusätzlich mangelt es an richtigen Vorbildern, die die Hingabe an eine Aufgabe vorleben. Aus dem vorherrschenden Sinnlosigkeitsgefühl resultiert Langeweile und Gleichgültigkeit. Es mangelt an Interessen und Initiative, was zur Folge hat, dass viele Menschen nur noch das tun, was andere tun, Frankl spricht von Konformismus, oder tun, was andere wollen, das fasst Frankl unter Totalitarismus zusammen (Frankl, 1998a).

## 5.3 Heutige Entwicklung der Logotherapie und Existenzanalyse

Mittlerweile sind die Existenzanalyse und Logotherapie eigenständige psychotherapeutische Richtungen, die national sowie international anerkannt sind.

Mit wachsender Akzeptanz wurden zahlreiche Testverfahren entwickelt, um die empirische Überprüfung der Effizienz der Therapie nachweisen zu können.

Die heutige Existenzanalyse beruht auf der klassischen Logotherapie Frankls, wurde aber im Rahmen der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) spezifisch weiterentwickelt. Die GLE ist in Österreich seit Jahren die drittgrößte Ausbildungsinstitution in Psychotherapie, international anerkannt und publiziert die Zeitschrift „Existenzanalyse“ (Längle & Holzhey-Kunz, 2008). Ein wichtiger Name von vielen ist Alfred Längle, Vorsitzender der GLE und Herausgeber des Testverfahrens ESK (Existenzskala; Längle, Orgler & Kundi, 2000).

Die klassische Logotherapie nach Frankl wird vom Viktor-Frankl-Institut in Wien vertreten. Die Ausbildung wird in Österreich und privatrechtlich in der Schweiz staatlich anerkannt (Längle & Holzhey-Kunz, 2008).

#### 5.4 Alkoholkonsum und existentielle Frustration

Wesentlich für die Entstehung von Abhängigkeit aus existenzieller Sicht nach Längle (1997) sind vier unterschiedliche Elemente, die neben den in Kapitel 2.3 erwähnten Faktoren zu berücksichtigen sind. Diese Elemente können in existentielle Handlungen, zu denen die Wunschhaltung und die Leidvermeidung zählen, und in existentielle Mangelsyndrome wie Sinnverlust, Inauthentizität und unsicherer Grundwert unterteilt werden.

##### **Existentielle Haltungen**

- Passivierung durch die Wunschhaltung: Die abhängige Person lebt in einer unreifen und unrealistischen Wunschhaltung nach Glück, ohne die Bereitschaft, dafür einen aktiven Beitrag zu leisten.
- Leidvermeidung: Die Abhängigen sind bemüht, sich Leid zu ersparen und sehen dieses als wertlos an und nicht als Durchgangspassage zu neuem Leben.

## **Existenzielle Mangelsyndrome**

- Sinnmangel und Sinnverlust: Abhängige leiden an einem Wertemangel und entwickeln als Folge eine „Erlebnissucht“, hinter der eigentlich das Fehlen von existentiellen Werten steht.
- Inauthentizität und unsicherer Grundwert: Der Abhängige lebt in der Haltung des Nicht-Wahrhaben-Wollens und der Leugnung vor sich selbst. Er erlebt eine innere Spannung, weil er existenziell nicht zu seinem Verhalten steht. Zusätzlich besteht ein unsicherer oder gestörter Grundwert. Damit ist gemeint, dass der Abhängige sich nicht sicher ist, ob er leben will, oder er verneint diese Frage und hat einen negativen Selbstwert.

Schon Frankl weist des Öfteren darauf hin, dass das existentielle Vakuum und die existentielle Frustration zur Entstehung von Abhängigkeiten beitragen können, wenn das enttäuschte Verlangen nach Sinngebung durch den ersatzweisen Wunsch nach Vergnügen kompensiert wird. In seinen Schriften rezipiert er mehrmals Forschungsergebnisse, die davon berichten, dass bei den meisten Fällen von chronischem Alkoholismus ein ausgesprochenes Sinnlosigkeitsgefühl vorliegt (Frankl, 2005).

In einer argentinischen Studie von Landaboure, Martin, Kazmierzak, Fraise und Toscani (2001) konnte gezeigt werden, dass drogenabhängige und depressive Personen verglichen mit der Normstichprobe Einschränkungen hinsichtlich der Sinnerfüllung aufweisen.

Unterschiedliche Studien belegen einen Anstieg der Sinnerfülltheit bei drogenabhängigen Patienten im Rahmen einer Therapie. Längle, Görtz, Rauch, Jarosik und Haller (2000) konnten zeigen, dass die Existenzanalyse bei Drogenabhängigen in der Effizienz vergleichbar ist mit anderen Therapieformen und zu signifikanten Verbesserungen hinsichtlich der Sinnerfülltheit führt, vor allem in den Dimensionen Verantwortung und Selbsttranszendenz, die zwei von vier Dimensionen der Existenzskala darstellen. Auch Gruner (1984, zitiert nach Konkoly Thege, 2006) sowie Noblejas De La Flor (1997, zitiert nach Konkoly

Thege, 2006) konnten nachweisen, dass es während der Genesung von Drogenproblemen zu einem Anstieg der inneren Sinnerfülltheit kommt.

Ähnliche Ergebnisse wurden auch im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit gefunden. Rainer (1997) untersuchte 46 Patienten, bei denen Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch diagnostiziert wurde, hinsichtlich ihrer Sinnerfülltheit. Es zeigte sich bei der Frage nach den Trinkmotiven, dass innere Leere und Sinnlosigkeitsgefühl von Männern (51,5%) und Frauen (61,5%) am häufigsten als Trinkursache angegeben wurde. Die existentielle Erfüllung wurde mittels ESK erhoben. Bei der Auswertung hatten die Patienten in allen vier Dimensionen (Selbst-Transzendenz, Selbst-Distanzierung, Freiheit und Verantwortung) geringere Werte als die Normstichprobe. Zusätzlich machten sich geschlechtsspezifische Unterschiede bemerkbar. Die männlichen Patienten hatten in den Dimensionen Selbst-Distanzierung, Selbst-Transzendenz und Freiheit deutlich geringere Werte als die weiblichen Patienten. Nur in der Skala Verantwortung hatten die Männer tendenziell bessere Werte als die Frauen.

Konkoly Thege (2006) führte mittels ESK und Logo-Test eine Studie an 171 jungen Erwachsenen durch, um zu überprüfen, ob die existentielle Frustration mit erhöhten gesundheitsschädlichen Verhalten einhergeht. Zur statistischen Überprüfung wurde die Stichprobe in drei Gruppen hinsichtlich des unterschiedlichen Alkoholkonsums (abstinente/mäßige/Problemtrinker) geteilt. Es zeigte sich auch in dieser Untersuchung ein umgekehrt u-förmiger Zusammenhang insofern, dass Abstinente und Problemtrinker eine geringere Sinnerfülltheit angaben alsmäßige Alkoholkonsumenten. Innerhalb der ESK wurde der größte Unterschied zwischen den Abstinenten, die eine geringere Sinnerfülltheit aufwiesen, und den mäßig Konsumierenden mit höherer Sinnerfülltheit gefunden. Zwischen den Abstinenten und den Problemtrinkern konnte weder der Logo-Test noch die ESK einen signifikanten Unterschied feststellen.

Wie an den genannten Studien ersichtlich ist, wurden bisher hauptsächlich alkoholabhängige Patienten hinsichtlich ihrer Sinnerfülltheit untersucht, entweder

um Unterschiede zur Normpopulation zu erheben oder um die Veränderung im Laufe einer Therapie festzustellen.

Anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse kann angenommen werden, dass Alkoholabhängigkeit mit geringer Sinnerfülltheit, also existentieller Frustration zusammenhängt und zwischen Alkoholkonsum und existentieller Frustration ein j- oder u-förmiger Zusammenhang besteht.

### 5.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und existentielle Frustration

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen g-LQ und existentieller Frustration wurden keine Forschungsergebnisse gefunden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass eine geringe g-LQ mit geringer Sinnerfülltheit zusammenhängt, wenn man bedenkt, dass das gesundheitsschädigende Verhalten, wie beispielsweise Drogenkonsum, mit geringer Sinnerfülltheit zusammenhängt und sich dieser auf die g-LQ negativ auswirkt, wie im Kapitel 4 dargestellt wurde.



## 6 Depressivität

### 6.1 Definition und Diagnostik von Depressivität

Depressionen werden durch eine gewisse Anzahl an gleichzeitig vorhandenen Symptomen, die über einen gewissen Zeitraum vorhanden sein müssen und nicht durch andere Erkrankungen oder Umstände erklärbar sind, definiert. Die Symptomatik kann sich auf motivationaler, emotionaler, kognitiver, vegetativ-somatischer, motorisch-behavioraler und interaktionaler Ebene bemerkbar machen. Typische Symptome sind Beeinträchtigungen der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und diverse somatische Beschwerden (Hautzinger, 1998).

Zu den depressiven Störungen (Unipolare Störungen) zählen nach DSM-IV die Major Depression, die Dysthyme Störung und die Nicht Näher Bezeichnete Depressive Störung. Depressive Störungen gehören zu den affektiven Störungen, die sich durch Veränderungen der Stimmungslage auszeichnen, und sind dadurch gekennzeichnet, dass es ausschließlich zu depressiven Episoden kommt und nicht zusätzlich zu manischen Phasen wie bei den Bipolaren Störungsbildern (Saß et al., 2001). Die Dysthyme Störung unterscheidet sich von der Major Depression dahingehend, dass diese die Kriterien der Major Depression nicht erfüllt, und es sich hierbei um eine lang anhaltende chronische Störung handelt. Im Gegensatz dazu kommt es bei der Major Depression zu depressiven Episoden, die abklingen und erneut auftreten (Hautzinger, 1998).

#### 6.1.1 Kriterien einer Episode einer Major Depression nach DSM-IV

Die Symptome müssen mindestens zwei Wochen lang anhalten und stellen eine Veränderung der Leistungsfähigkeit dar.

Mindestens fünf der folgenden Symptome müssen zutreffen, wobei eines davon entweder die depressive Verstimmung oder der Verlust an Freude und Interesse sein soll.

- Depressive Verstimmung an fast allen Tagen vom Betroffenen selbst oder von Beobachtern berichtet
- Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Freude an allen oder fast allen Aktivitäten
- Deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Müdigkeit oder Energieverlust
- Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige unangemessene Schuldgefühle
- Verminderte Fähigkeit zu denken, sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids (Saß et al., 2001)

Die Symptome dürfen nicht den Kriterien einer Gemischten Episode entsprechen und verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Zusätzlich dürfen die Symptome für eine Diagnose nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen sein und nicht durch einfache Trauer erklärt werden (Saß et al., 2001).

Hinsichtlich der Schwere einer depressiven Episode wird anhand der Anzahl der gleichzeitig auftretenden Symptome von leicht bis schwer unterschieden (Hautzinger, 1998).

Eine Major Depression kann in jedem Alter beginnen, wobei das durchschnittliche Ersterkrankungsalter um Mitte 20 liegt. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei Frauen bei 10% bis 25% und bei Männern zwischen



5% und 12%. An den Zahlen ist zu erkennen, dass Frauen ein doppelt so hohes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken, als Männer. Dennoch ist der Suizid in Folge einer depressiven Erkrankung bei Männern mindestens dreimal so häufig wie bei Frauen, obwohl Frauen dreimal so oft einen Suizidversuch begehen. Insgesamt begehen 15% der Erkrankten Suizid, 20% bis 60% weisen Suizidversuche auf, und 40% bis 80% leiden an Suizidideen (Saß et al., 2001; Skogman, Alsén & Ojehagen, 2004, zitiert nach Möller-Leimkühler, 2008).

## 6.2 Ätiologiemodelle

Es gibt unzählige Modelle, die die Entwicklung einer Depression zu erklären versuchen. Heute geht man von einem multifaktoriellen Ätiologiemodell aus. Ein wichtiger Faktor, der eine Prädisposition für die Entstehung einer depressiven Störung darstellt, ist die genetische Veranlagung. Leidet ein Elternteil an einer depressiven Störung, haben die Kinder eine 20%ige Wahrscheinlichkeit, selbst an einer affektiven Störung zu erkranken (Köhler, 1999, zitiert nach Mackinger, 2005). DSM-IV nennt in diesem Zusammenhang ein 1,5 bis dreifach erhöhtes Risiko für eine Erkrankung an einer depressiven Störung (Saß et al., 2001). Von den unzähligen Theorien, die die Entstehung von depressiven Störungen zu erklären versuchen, soll hier als Beispiel nur auf die wohl bekannteste Theorie von Beck eingegangen werden.

### 6.2.1 Kognitionstheoretisches Erklärungsmodell von Beck

Nach Beck, Rush, Shaw und Emery (1981, zitiert nach Hautzinger, 1997) liegt die Grundlage der Entwicklung einer Depression im gestörten Denken Depressiver, das durch logische Fehler wie selektive Wahrnehmung, willkürliches Schlussfolgern, Übertreibungen und dergleichen gekennzeichnet ist. Auslöser für ein solches gestörtes Denken sind negative, stressbesetzte Erfahrungen in der Entwicklung eines Patienten, die sich als kognitive Schemata verfestigen. Diese Schemata werden durch die Erfahrung, den eigenen überhöhten Ansprüchen nicht gerecht werden zu können, aktiviert oder verstärkt. Aufgrund dieser Schemata

neigt die depressive Person dazu, sich selbst, ihre Umwelt und ihre Zukunft negativ zu sehen – Beck spricht hierbei von der kognitiven Triade. Diese bewirkt, dass sich Depressive unfreiwillig wiederholt mit irrationalen negativen Gedanken beschäftigen, die sie als automatisch und beharrlich erleben.

### 6.3 Erhebungsinstrumente

Es gibt zahlreiche Selbst- und Fremdbeobachtungsskalen, um den Schweregrad der Depressivität und die Veränderungen während einer Behandlung erheben zu können. Die nach Hautzinger (1998) gebräuchlichsten Fragebögen zur Messung der Schwere einer Depression sind das Beck-Depressions-Inventar für die Selbstbeurteilung und die Hamilton-Depression-Ratingscale (HDRS) für die Fremdbeurteilung.

### 6.4 Alkoholkonsum und Depressivität

Depressivität tritt oft gemeinsam mit Alkoholabhängigkeit auf. Diese Komorbidität, darunter versteht man das gleichzeitige Auftreten unterschiedlicher diagnostizierbarer Krankheiten, wurde in zahlreichen Studien untersucht und empirisch geprüft. Allerdings ist es bei einer Querschnittsuntersuchung nicht möglich festzustellen, ob die Depression die Alkoholabhängigkeit verursacht hat oder ob der Patient aufgrund der Substanzinduzierten Störung eine Depression entwickelt hat.

Depressive Patienten können im Sinne von Selbstmedikation versuchen, ihre depressiven Episoden mit Hilfe von Alkoholkonsum zu bewältigen, und sich so dem Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, aussetzen. Alkoholkonsum selbst kann allerdings, wenn in großen Mengen konsumiert wird, auch zu akuter depressiver Verstimmung führen. Des Weiteren kann eine Depression als Folge in der Entzugssituation auftreten oder sich aufgrund der physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit entwickeln. Zusätzlich wird

in der Forschung diskutiert, ob beiden Störungsbildern eine gemeinsame genetische Disposition zugrunde liegt (Baving & Olbrich, 1996; Tölle, 2000).

Die Forschungsergebnisse bezüglich der Prävalenzraten für eine depressive Störung bei Alkoholabhängigen variieren sehr stark je nach Studiendesign. Baving und Olbrich (1996) geben Raten zwischen 30% und 71% an. Laut Raimo und Schuckit (1998, zitiert nach Dittrich, Haller & Hinterhuber, 2006) sollen 80% der Alkoholabhängigen gelegentlich depressive Symptome aufweisen und circa 30% die Kriterien einer Major Depression erfüllen.

Nach der umfassenden amerikanischen „Epidemiological Catchment Area Study (ECA)“ wiesen Personen, die an einer Major Depression erkrankten, ein um den Faktor 1,8 erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch auf (Regier et al., 1990, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Currie et al. (2005). Sie gaben ein für depressive Menschen doppelt so großes Risiko an, im gesundheitsschädlichen Ausmaß Alkohol zu konsumieren sowie alkoholabhängig zu werden.

Personen mit der Lebenszeitdiagnose Major Depression haben bezogen auf das letzte Jahr 3,7 mal öfter an Alkoholabhängigkeit gelitten als Personen ohne diese Diagnose (Kessler et al., 1994, zitiert nach Wittchen, Perkonig & Reed, 1996).

Alati et al. (2004) konnten mittels „Alcohol Use Disorder Identification Test“ (AUDIT) nachweisen, dass Personen, die in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß Alkohol tranken oder abstinent waren, schwerwiegendere depressive Symptome zeigten als Personen mit nicht riskantem oder riskantem Alkoholkonsum. Dieser u-förmige Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Alkoholkonsum wird in der Literatur des Öfteren repliziert. O'Donnell, Wardle, Dantzer und Steptoe (2006) befragten Studenten aus 20 unterschiedlichen Ländern nach ihrem Alkoholkonsum und ermittelten die depressiven Symptome mittels der Kurzform des Beck Depression Inventory. Sie konnten feststellen, dass mehr Frauen als Männer depressive Werte über dem kritischen Schwellenwert hatten sowie dass mehr Frauen abstinent lebten und in der schweren Trinkerkategorie weniger häufig vertreten waren als Männer.

Zusätzlich konnten O'Donnell et al. (2006) ebenfalls einen u-förmigen Zusammenhang zwischen Depressivität und Alkoholkonsum nachweisen, wie auch schon Uhl und Springer (1996).

Somit kann bezüglich des Zusammenspiels von Depressivität und Alkoholkonsum ähnlich wie bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von einem u-förmigen Zusammenhang ausgegangen werden. Eine Erklärung dafür könnte die Selbstschutz- bzw. Selbstmedikationshypothese von Uhl et al. (2002) darstellen, die in Kapitel 4.1.1 erwähnt wurde. Demnach würde eine Person, die an einer depressiven Störung leidet, entweder aus Selbstschutz gar keinen Alkohol trinken oder, um die Depressivität zu bekämpfen, Alkohol als Selbstmedikation einsetzen.

Im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit und depressiven Störungen machen sich Geschlechtsunterschiede bemerkbar. Das ist nicht weiter überraschend, da es bezüglich der Prävalenz dieser psychischen Störungsbilder an sich schon Geschlechtsunterschiede gibt. Wie schon erwähnt sind von Alkoholabhängigkeit mehr Männer betroffen, und an Depressionen leiden vermehrt die Frauen. Nach der Studie von Regier et al. (1990, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004) erfüllten alkoholabhängige Männer kaum häufiger die Kriterien für eine Depression als Personen aus der Normalbevölkerung, hingegen litten Alkoholikerinnen mit 19% weitaus häufiger an Depressionen als Nicht-Alkoholikerinnen mit 7%. Nach Kessler et al. (1994, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004) wiesen 24,3% der alkoholabhängigen Männer und 48,5% der alkoholabhängigen Frauen eine Depression auf, wobei jeweils Lebenszeitdiagnosen herangezogen wurden.

Ein weiterer geschlechtsspezifischer Effekt zeigte sich bei Erhebungen, die sich mit der Frage beschäftigten, ob Alkoholabhängige schon vor der Abhängigkeit eine depressive Störung entwickelten (sekundäre Alkoholabhängigkeit) oder ob die Alkoholabhängigkeit der depressiven Störung vorausging (primäre Alkoholabhängigkeit). Allerdings gibt es keine einheitlichen Forschungsergebnisse diesen Unterschied betreffend. So berichten Hesselbrock, Meyer und Keener (1985, zitiert nach Baving & Olbrich, 1996), dass es bei männlichen Alkoholikern keine Unterschiede zwischen primärer und sekundärer Alkoholabhängigkeit gibt, hingegen Frauen vermehrt eine sekundäre

Alkoholabhängigkeit entwickeln. Beim Geschlechtervergleich zeigte sich, dass Frauen prozentuell häufiger eine sekundäre Alkoholabhängigkeit entwickelten als Männer. Ebenso betonen Schuckit und Winokur (1972, zitiert nach Baving & Olbrich, 1996), dass mehr Frauen als Männer einen sekundären Alkoholismus aufweisen. Auch bei Kessler et al. (1994, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004) sind vergleichsweise mehr alkoholabhängige Frauen als Männer von der sekundären Alkoholabhängigkeit betroffen. Allerdings kommt es bei den Frauen annähernd gleich häufig zu primärer wie zu sekundärer Alkoholabhängigkeit, im Gegensatz zu den Männern, die vermehrt von primärer Abhängigkeit betroffen waren. Regier et al. (1990, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004) betonen wie Kessler et al. (1994, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004), dass bei männlichen Alkoholikern die Alkoholabhängigkeit der Erstmanifestation einer Depression zumeist vorausging.

Frauen scheinen häufiger als Männer an einer sekundären Alkoholabhängigkeit zu leiden, Männer tendieren eher dazu, eine primäre Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

## 6.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Depressivität

Das Interesse an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität depressiver Patienten hat sich im Zuge der Etablierung des Kriteriums Lebensqualität gesteigert, und viele Studien belegen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Depressivität und subjektiver LQ. Längsschnittstudien konnten zeigen, dass es während des Behandlungsverlaufs von Depressionen zu einer Zunahme der LQ kommt (Lonnqvist et al., 1994, zitiert nach Rudolf, 2000). Ebenso ging bei einer Untersuchung an depressiven Frauen von Rudolf (2000) eine Verminderung der depressiven Symptomatik im Rahmen einer Therapie mit einem Anstieg der subjektiven LQ einher. Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali und Anismana (2002) verglichen depressive Personen bezüglich der g-LQ mit der Normalbevölkerung, und es zeigten sich signifikante Unterschiede dahingehend, dass Depressive Einbußen bezüglich der g-LQ angaben.

Studien rund um die g-LQ und Depression sind limitiert. Es kommt aber zu einem zunehmenden Fokus auf die Einbeziehung der g-LQ bei der Behandlung von depressiven Patienten, da auf diese Weise nicht nur die depressive Symptomatik Beachtung erlangt, sondern auch die physischen, psychischen, sozialen und funktionalen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden (Demyttenaere, De Fruyt & Huygens, 2002, zitiert nach Reed et al., 2009). Auf diese Weise können die Behandlungen besser evaluiert werden, als wenn nur die emotionalen Symptome einer Depression beachtet werden würden. Immerhin sollte das Wissen darüber, dass sich eine depressive Erkrankung negativ auf die g-LQ auswirkt, auch in den Behandlungsangeboten Niederschlag finden.

Die vorhandene Forschungsliteratur deutet auf einen negativen Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und dem Schweregrad der Depressivität hin.

Reed et al. (2009) untersuchten ambulante depressive Patienten vor der Behandlung, nach drei und nach sechs Monaten, um zu sehen, welche Faktoren mit Veränderungen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergehen. Sie konnten feststellen, dass depressive Variablen wie die Anzahl der depressiven Episoden und die Dauer derselben mit niedrigerer g-LQ zusammenhängen. Zusätzlich hatte die Schwere der Depression vor der Behandlung einen negativen Einfluss auf die psychische g-LQ. Die g-LQ wurde mit der SF-36 erhoben, die einen psychischen und einen physischen Summenscore ausgibt. Zusammengefasst konnten Reed et al. (2009) nachweisen, dass es im Laufe einer Behandlung Depressiver mit Antidepressiva zu Verbesserungen der g-LQ kommt, wobei diese für die psychische g-LQ größer sind als für die körperliche.

Eine weitere Studie von Chan et al. (2009) an älteren (>65 Jahre) depressiven Patienten zeigte nach zwölf Monaten Behandlung Verbesserungen der psychischen und physischen g-LQ.

In einer groß angelegten Befragung in Finnland von Saarni et al. (2007) wurden psychische Störungen und die g-LQ erhoben, um Unterschiede zwischen den

Störungen bezüglich der g-LQ feststellen zu können. Die Dysthyme Störung, die zu den depressiven Störungen zählt, war eine von den chronischen psychischen Störungen mit den größten Einbußen hinsichtlich der g-LQ. Psychische Störungen, die in Episoden verlaufen, hatten geringere Einbußen zur Folge. Alkoholabhängigkeit führte zu geringeren Einbußen bezüglich der g-LQ als depressive Störungen und Angststörungen.





## **Empirischer Teil**



## **7 Fragestellungen, Erhebungsverfahren und Hypothesen der Untersuchung**

### 7.1 Fragestellungen und Zielsetzungen der Untersuchung

Im Rahmen dieser Studie wurde eine Zufallsstichprobe untersucht, was zum Vorteil hat, dass zusätzlich zu den Personen, die eventuell bereits alkoholabhängig sind, Personengruppen verglichen werden konnten, die einen klinisch unauffälligen, jedoch unterschiedlich hohen Alkoholkonsum betreiben. Denn dass Alkoholabhängige Einbußen in unterschiedlichen Lebensbereichen haben, ist anzunehmen, da diese Einbußen Kriterien für die Diagnose darstellen. Inwiefern sich jedoch Personen mit unterschiedlich hohem, klinisch unauffälligem Alkoholkonsum unterscheiden, ob es Geschlechtsunterschiede gibt und wie sehr sich die Alkoholabhängigen von den Abstinenten und mäßigen Alkoholkonsumenten unterscheiden, stellen die Fragestellungen dieser Studie dar.

Innerhalb dieser Untersuchung wurden kognitive (existentielle Frustration) und emotionale (Depressivität) Variablen sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben. Anhand dieser Variablen wurden Unterschiede zwischen Personen, die unterschiedlich viel Alkohol konsumieren, geprüft. Das ist eine sehr interessante Kombination von Variablen, die in dieser Zusammenstellung noch nicht untersucht wurde.

Primäres Ziel dieser Studie ist es, Unterschiede zwischen Personengruppen mit unterschiedlich hohem Alkoholkonsum sowie Geschlechtsunterschiede bezüglich der Ausprägung der depressiven Symptome, des Ausmaßes der existentiellen Frustration und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu überprüfen.

Ein weiteres Ziel stellt die Suche nach Prädiktoren für einen hochriskanten versus wenig riskanten Alkoholkonsum sowie für eine gute bzw. schlechte psychische und physische g-LQ dar.

## 7.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Wie in der Einleitung erwähnt, wurde die gesamte Fragebogenbatterie zuvor von zwei Diplomanden/innen online vorgegeben. Eine Kollegin und ich haben dieselben Testverfahren in derselben Reihenfolge als Paper-Bleistift-Verfahren eingesetzt, um einen späteren Vergleich der unterschiedlichen Arten der Vorgabe zu ermöglichen. Die Beschreibung der Testverfahren erfolgt eben in dieser Reihenfolge, in der sie vorgegeben wurden. Aufgrund dessen konnte ich keinen Einfluss auf die Auswahl der verwendeten Testverfahren nehmen.

### **Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)**

Der AUDIT wurde von der World Health Organisation Ende der 1980er Jahre entwickelt und ist ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen, die einen riskanten und gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum betreiben (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001, 2. Version). Die deutsche Fassung, die in der vorliegenden Arbeit verwendet wurde, stammt von Wetterling und Veltrup.

Der AUDIT besteht aus 10 Items. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten variieren zwischen drei und sechs Möglichkeiten. Die Antwortmöglichkeiten haben unterschiedliche Punktzahlen, die zu einem Summenscore addiert werden. Anhand dieses Summenscores ist es möglich, die Personen nach ihrem unterschiedlich riskanten Trinkverhalten einzuteilen (s. Tab. 2).

Laut Babor et al. (2001) wird ab einem Summenscore von 8 Punkten riskanter Alkoholkonsum betrieben. Je höher der Summenscore, desto riskanter und gesundheitsschädlicher ist der Alkoholkonsum und umso größer ist die Sensitivität des Testverfahrens, alkoholabhängige Personen zu identifizieren. Personen, die einen Summenscore zwischen 0 und 7 Punkten erlangen, sind abstinent oder trinken Alkohol nur in sehr geringen Mengen.

Je nach Risikozone werden unterschiedliche Interventionen vorgeschlagen. Innerhalb der Risikozone + soll der Person im Rahmen einer einfachen Beratung angeraten werden, weniger zu trinken. Für Patienten innerhalb von Risikozone ++

soll ein ausführliches Beratungsgespräch inklusive Wiederholungstermin und weiterer möglicher diagnostischer Bewertung stattfinden, falls der Verdacht der Alkoholabhängigkeit besteht. Patienten der Risikogruppe +++ wird eine genaue diagnostische Abklärung empfohlen sowie eine Behandlung für Alkoholabhängigkeit.

**Tab. 2:** AUDIT-Gruppeneinteilung

Bis zu 7 Punkten	unauffällig
8 bis 15 Punkte	Risikozone +
16 bis 19 Punkte	Risikozone ++
20 bis 40 Punkte	Risikozone +++

Itembeispiel:

Wie oft konnten Sie während der letzten zwölf Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

Dieser Fragebogen hat eine Sensitivität von 92% und eine Spezifität von 94% (Beiglböck, 2005). Das bedeutet, dass nur 8% der Personen mit Alkoholproblemen anhand dieses Verfahrens nicht ermittelt werden und nur 6% fälschlicherweise den Personen mit Alkoholproblemen zugeteilt werden.

**MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36)**

Dieses Verfahren wurde von Ware, Snow, Kosinski und Gandek in den 1990er Jahren entwickelt, die deutsche Version stammt von Bullinger und Kirchberger (1998).

Die SF-36 ist ein generisches Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei kranken und gesunden Personen. Es beinhaltet 35 Items mit zwei- bis sechsfach abgestuften Antwortmöglichkeiten, die acht unterschiedlichen Subskalen zugeordnet sind, sowie ein Transitionsitem. Die Subskalen lauten Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion sowie Psychisches Wohlbefinden. Die vier erstgenannten Subskalen werden zu einem physischen Summenscore addiert, und die letzten vier Skalen bilden den psychischen Summenscore.

Itembeispiel der Subskala Schmerzen:

Wie stark waren ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Keine Schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Sehr leicht     | <input type="checkbox"/> |
| Leicht          | <input type="checkbox"/> |
| Mäßig           | <input type="checkbox"/> |
| Stark           | <input type="checkbox"/> |
| Sehr Stark      | <input type="checkbox"/> |

Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) für die einzelnen Subskalen der SF-36 liegen bei verschiedenen Stichproben zwischen 0,57 und 0,94. Die Überprüfung der konvergenten Validität erfolgte durch Korrelation mit dem NHP und ergab laut Manual genügend hohe Korrelationen zwischen den inhaltlich ähnlichen Subskalen.

**Sense Of Coherence Scale (SOC-L9)**

Auf dieses Verfahren wird nicht näher eingegangen, weil es für die vorliegende Arbeit nicht von Bedeutung ist.

### **Beck-Depressions-Inventar (BDI-I)**

Das BDI-I wurde von Beck in den 1960er Jahren entwickelt, die deutsche Übersetzung, die in dieser Studie zur Anwendung kam, stammt von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (2001).

Das BDI-I ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik und umfasst 21 Items. Diese 21 Items beinhalten unterschiedliche depressive Symptome, die auf einer vierstufigen Skala von 0 bis 3 hinsichtlich ihres Auftretens während der letzten Woche und ihrer Intensität beurteilt werden.

Die angegebenen Items werden zu einen Summenscore addiert, der zwischen 0 und 63 liegen kann. Werte unter 11 Punkten werden als unauffällig interpretiert, Werte zwischen 11 und 17 weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin, klinisch auffällig sind Summenscores über 18.

#### Itembeispiel zu Erhebung von Traurigkeit:

- 0 Ich bin nicht traurig
- 1 Ich bin traurig
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage

Das Cronbach's Alpha erreicht über alle Probanden einen Wert von 0,88. Nach Moran und Lambert (1983, zitiert nach Hautzinger et al., 2001) ist die inhaltliche Validität gegeben, da die BDI-Items die im DSM-III angeführten Symptome einer depressiven Störung abklären.

### **Existenzskala (ESK)**

Die ESK (Längle, Orgler & Kundi, 2000) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der existentiellen Erfüllung. Die ESK umfasst 46 Items, die auf einer sechsstufigen Ratingskala (von stimmt bis stimmt nicht) zu beantworten sind. Die Items sind vier Subskalen zugeordnet, „Selbst-Distanzierung“ (SD), „Selbst-Transzendenz“ (ST), „Freiheit“ (F) und „Verantwortung“ (V). Die beiden ersten

Subskalen werden zum Superfaktor Personalität (P-Wert) summiert und die beiden letzteren zum Superfaktor Existentialität (E-Wert). Der Gesamtwert (P+E) beschreibt die existentielle Erfüllung (G-Wert) einer Person.

Die Subskala Selbst-Distanzierung misst die Fähigkeit zur Schaffung des inneren Freiraumes. Ein niedriger SD-Wert ( $< 26$ ) bedeutet, dass die Distanz zu sich selbst fehlt, und ein hoher Wert ( $> 48$ ) spricht dafür, dass die Person sehr gut zu sich auf Distanz gehen kann, schließt aber mit ein, dass sie die eigenen Bedürfnisse und Empfindungen übersehen kann.

Die Subskala Selbst-Transzendenz misst die Fähigkeit zum Werteempfinden (Gefühlsl Klarheit). Ein niedriger Wert ( $< 58$ ) bedeutet emotionale Flachheit und Gefühlsarmut, ein sehr hoher Wert ( $> 81$ ) zeugt von frei zugänglicher Emotionalität und einer hohen Empathiefähigkeit.

Die Subskala Freiheit misst die Entscheidungsfähigkeit. Ein niedriger Wert ( $< 37$ ) bedeutet Entscheidungsschwäche, je höher der Wert, desto leichter werden Entscheidungen getroffen.

Die Subskala Verantwortung misst das verbindliche Sich-Einlassen. Ein niedriger Wert ( $< 41$ ) bedeutet geringe Eigenverantwortung und mangelndes Engagement, mit steigendem Wert nimmt die Eigenverantwortung zu.

Der Superfaktor Personalität ist ein Maß für die Entfaltung des Personseins im Hinblick auf Weltoffenheit und Selbsterfahrung. Je höher der Wert, desto höher ist die Offenheit für die Welt. Ein Wert  $< 86$  weist auf eine Verschllossenheit der Person hin.

Der Superfaktor Existentialität ist ein Maß für die Fähigkeit, sich entschieden und verantwortlich auf die Welt einzulassen. Ein niedriger Wert ( $< 81$ ) zeugt von einer entscheidungsschwachen und gehemmten Lebensführung, mit steigendem Wert nimmt auch der Grad der Entschiedenheit und Verantwortung in der Lebensführung zu.



Der Gesamtwert existentielle Erfüllung ist ein Maß für sinnerfüllte, personale Existenz. Ein niedriger Wert ( $<169$ ) verweist auf eine unerfüllte Existenz (Längle et al., 2000).

#### Itembeispiel der Subskala Selbst-Transzendenz

In meinem Leben gibt es nichts Gutes.   stimmt 0-0-0-0-0 stimmt nicht

Die internen Konsistenzen der unterschiedlichen Skalen liegen zwischen 0,70 und 0,93 (SD 0,70; ST 0,84; F 0,82; V 0,83; P 0,87; E 0,90; G 0,93).

#### **Selbsterstellter Fragebogen**

Neben den Angaben zur Person (Geschlecht, Alter, Nationalität, Ausbildung, Ausbildungsjahre, Familienstand) wurden Trinkmotive, wöchentliche Arbeitsstunden und Sportausübung, Zigarettenkonsum, Anzahl enger Freunde sowie die Anzahl der Personen im selben Haushalt erhoben.

### 7.3 Hypothesen

Die **Hypothese 1** befasst sich mit Unterschieden bezüglich der g-LQ.

**H1.1.0 (a):** Es gibt keine Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

**H1.1.1 (a):** Es gibt Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

Die Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ gilt als Beispiel für eine Dimension der SF-36. Für die weiteren sieben Dimensionen der SF-36 sowie für die zwei Summenscores gelten in Analogie dieselben Unterschiedshypothesen.

**H1.1.0 (b):** Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

**H1.1.1 (b):** Es gibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

**H1.1.0 (c):** Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

**H1.1.1 (c):** Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

Die **Hypothese 2** befasst sich mit Unterschieden bezüglich der existentiellen Erfüllung.

**H2.1.0 (a):** Es gibt keine Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen in Bezug auf die Dimension „Selbst-Distanzierung“ der ESK.

**H2.1.1 (a):** Es gibt Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen in Bezug auf die Dimension „Selbst-Distanzierung“ der ESK.

Die Dimension „Selbst-Distanzierung“ gilt als Beispiel für eine Dimension der ESK, für die weiteren drei Dimensionen sowie für die drei Summenscores gelten in Analogie dieselben Unterschiedshypothesen.

**H2.1.0 (b):** Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Dimension „Selbst-Distanzierung“ der ESK.

**H2.1.1 (b):** Es gibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Dimension „Selbst-Distanzierung“ der ESK.

**H2.1.0 (c):** Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht in Bezug auf die Dimension „Selbst-Distanzierung“ der ESK.

**H2.1.1 (c):** Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht in Bezug auf die Dimension „Selbst-Distanzierung“ der ESK.

Die **Hypothese 3** befasst sich mit Unterschieden bezüglich der Depressivität.

**H3.0 (a):** Es gibt keine Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen in Bezug auf den Mittelwert des BDI-I.

**H3.1 (a):** Es gibt Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen in Bezug auf den Mittelwert des BDI-I.

**H3.0 (b):** Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert des BDI-I.

**H3.1 (b):** Es gibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert des BDI-I.

**H3.0 (c):** Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert des BDI-I.

**H3.1 (c):** Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert des BDI-I.

Die **Hypothese 4** befasst sich mit der Prädiktorensuche für das Alkoholismusrisiko.

**H4.0:** Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für das Alkoholismusrisiko.

**H4.1:** Es gibt signifikante Prädiktoren für das Alkoholismusrisiko.

Die **Hypothese 5** befasst sich mit der Prädiktorensuche für die physische g-LQ.

**H5.0:** Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

**H5.1:** Es gibt signifikante Prädiktoren für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die **Hypothese 6** befasst sich mit der Prädiktorensuche für die psychische g-LQ.

**H6.0:** Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

**H6.1:** Es gibt signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

## 8 Methodik

### 8.1 Methodische Grundlagen der Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Programms SPSS 14.0 für Windows. Es wurde ein Signifikanzniveau von  $\alpha=0,05$  angenommen, zusätzlich wurden Ergebnisse von  $p<0,10$  als tendenziell signifikant interpretiert.

#### **Deskriptive Datenanalyse**

Die Deskriptivstatistik wurde eingesetzt, um einen Überblick über die Beschaffenheit der Daten zu ermöglichen.

#### **Parametrische Verfahren**

Die Normalverteilung wurde bei allen Teilstichproben, die  $n \leq 30$  sind, mittels Kologorov-Smirnov-Test geprüft. Bei Teilstichproben  $n > 30$  wurde eine Normalverteilung angenommen (Bortz, 2005). Zusätzlich wurden die Homogenitäten der Varianzen mit Hilfe des Levene-Tests kontrolliert. Bei Erfüllung der Voraussetzungen wurden zweifaktorielle univariate Varianzanalysen mit den Faktoren Alkoholkonsumgruppen und Geschlecht berechnet. Falls das nicht möglich war, wurden einfaktorielle Varianzanalysen oder t-Tests eingesetzt. Zur Berechnung der Gruppenunterschiede wurden paarweise Vergleiche (Sidak) durchgeführt. Aufgrund der extrem schiefen Zuordnung der Befragten zu den AUDIT-Gruppen wurden zusätzlich Effektstärken bis zu einem  $p=0,20$  berechnet. Nach Bortz (2005) handelt es sich bei  $d=0,20$  um einen schwachen Effekt, bei  $d=0,50$  um einen mittleren Effekt und bei  $d=0,80$  um einen starken Effekt.

#### **Nonparametrische Verfahren**

In einigen Fällen mussten aufgrund der Verletzung der Voraussetzungen Kruskal-Wallis-Tests sowie Mann-Whitney-Tests angewandt werden. Zusätzlich wurde eine Alphafehler-Korrektur durchgeführt.

Bei qualitativen Variablen wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt.

## **Regressionsverfahren**

Es wurden binäre logistische Regressionen eingesetzt, um dichotome Kriterien vorherzusagen. Dafür wurde die Methode „Rückwärts Wald“ verwendet.

## 8.2 Untersuchungsplan

Die Studie wurde als Querschnittuntersuchung geplant. Die Probanden sollten via Schneeballmethode im Bekanntenkreis gewonnen werden und einen Umfang von mindestens 100 Personen betragen. Die Datenerhebung sollte zwischen mir und einer Kollegin aufgeteilt werden, sodass jeder von uns ca. 50 Versuchspersonen rekrutieren musste, und in weiterer Folge sollten die beiden Datensätze zusammengefügt werden. Es waren Gruppentestungen im Beisein einer Testleiterin vorgesehen, um etwaige Fragen beantworten zu können. Aufnahmekriterium stellte lediglich ein Alter zwischen 18 und ca. 65 Jahren dar. Die Fragebögen sollten als Papier-Bleistift-Verfahren vorgelegt werden.

## 8.3 Untersuchungsdurchführung

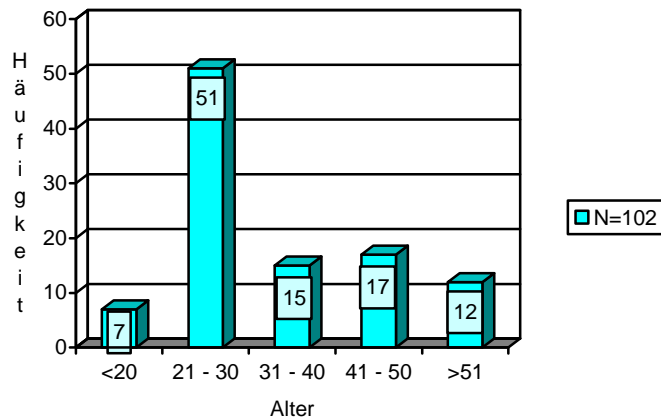
Die Studie wurde als Querschnittuntersuchung im Zeitraum von März 2008 bis Mai 2008 durchgeführt. Die Erhebung wurde hauptsächlich in Gruppentestungen von drei bis zu 15 Probanden an unterschiedlichen Orten durchgeführt. Bei jeder Testung war eine der beiden Testleiterinnen anwesend. Die Fragebögen wurden als Papier-Bleistift-Verfahren vorgegeben, und die Versuchspersonen benötigten eine Bearbeitungszeit zwischen 20 und 40 Minuten.

## 8.4 Stichprobe

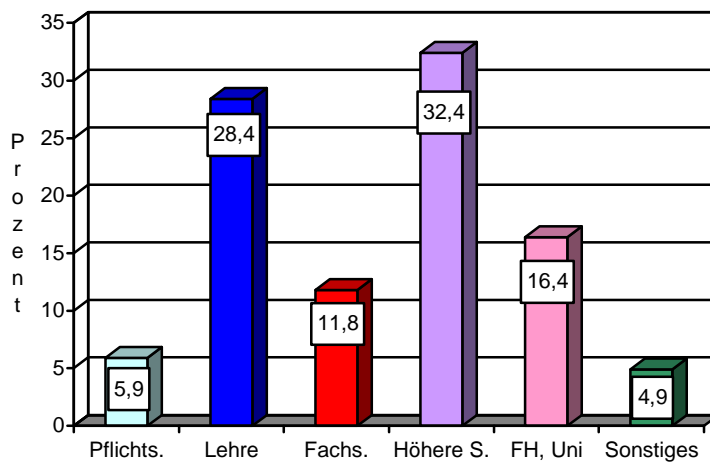
Insgesamt wurden Daten von 102 Versuchspersonen, 48 Frauen (47,1%) und 54 Männer (52,9%), gewonnen. Das Alter lag zwischen 18 und 65 Jahren, der Mittelwert betrug 33,61 Jahre ( $SD=12,22$ ). Um die Altersverteilung

übersichtlicher zu gestalten, wurden Alterklassen gebildet (s. Abb. 3). Die Hälfte der Gesamtstichprobe ist zwischen 21 und 30 Jahre alt, wie der zweite Balken zeigt.

**Abb. 3:** Altersverteilung in Klassen



**Abb. 4:** Prozentuale Verteilung der höchsten abgeschlossenen Bildung



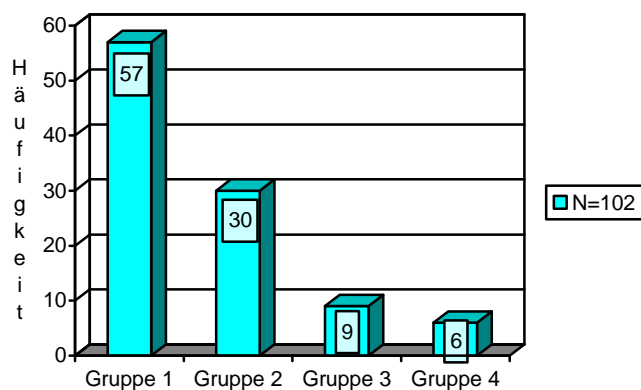
Anm.: Pflichts.=Pflichtschule, Fachs.=Fachschule ohne Matura, Höhere S.=höhere Schule mit Matura, FH= Fachhochschule

Den Bildungsgrad betreffend machen den Großteil der Stichprobe mit 32,4% Maturanten aus, gefolgt von Lehrlingen mit 28,4%. Für einen genaueren Überblick siehe Abbildung 4.

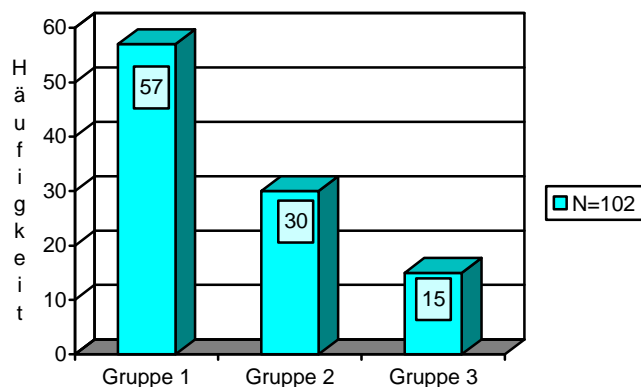
## 8.5 AUDIT-Gruppeneinteilung

Wie geplant wurden die Versuchspersonen nach dem AUDIT in vier Gruppen mit unterschiedlich riskantem Alkoholkonsum aufgeteilt (s. Abb. 5). Aufgrund der extrem linksschiefen Verteilung wurden die zwei Gruppen mit dem riskantesten Alkoholkonsum zusammengelegt, um die Gruppengrößen etwas anzugleichen und Gruppenvergleiche zu ermöglichen (s. Abb. 6).

**Abb. 5:** Gruppeneinteilung nach dem AUDIT



**Abb. 6:** Neue AUDIT-Gruppeneinteilung



Die Gruppe 1 beinhaltet jene Versuchspersonen, die einen unauffälligen Alkoholkonsum aufweisen, das heißt, diese Personen trinken kaum oder gar keinen Alkohol. Die Versuchspersonen der Gruppe 2 betreiben einen riskanten Alkoholkonsum, der allerdings noch keine Intervention notwendig macht beziehungsweise diagnostisch noch nicht auffällig ist. Die Gruppe 3 zeichnet sich



durch einen hochriskanten, gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum aus, der bereits den Kriterien einer Alkoholabhängigkeit entsprechen kann.

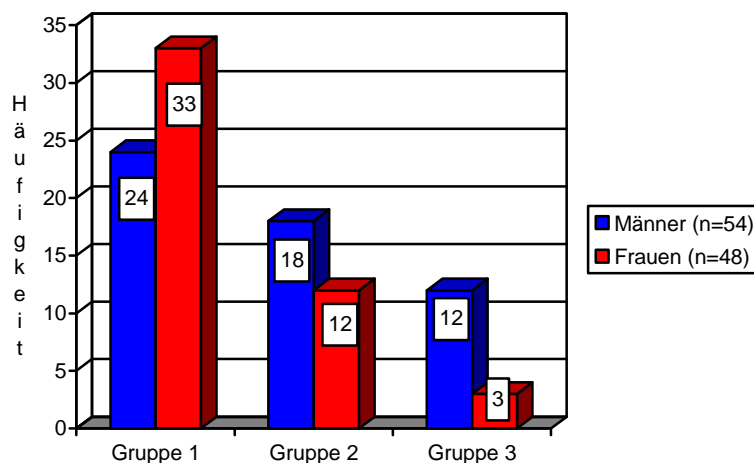
## 8.6 Beschreibung der AUDIT-Gruppen

Die Deskriptivstatistik zu den quantitativen Variablen ist in Tabelle 3 nachzulesen.

### **Geschlecht**

Das Geschlecht ist augenscheinlich innerhalb der Gruppen nicht gleichmäßig verteilt, es zeigt sich, dass in der Gruppe 1 mehr Frauen sind, während in beiden Risikogruppen die Männer dominieren (s. Abb. 7). Der Chi-Quadrat-Test ist signifikant ( $\chi^2=7,695$ ,  $df=2$ ,  $p=0,021$ ), was bedeutet, dass es einen Unterschied bezüglich der Aufteilung des Geschlechts zwischen den Gruppen gibt. Das Geschlecht ist zwischen den Gruppen nicht gleichmäßig verteilt.

**Abb. 7.:** Häufigkeitsverteilung Geschlecht zwischen den AUDIT-Gruppen



### **Alter**

In der AUDIT-Gruppe 2 ist keine Normalverteilung gegeben, deshalb wurde für den Vergleich zwischen den drei Gruppen das parameterfreie Verfahren gewählt. Der Kruskal-Wallis-Test ergab ein signifikantes Ergebnis ( $\chi^2=6,094$ ,  $df=2$ ,  $p=0,047$ ), was bedeutet, es gibt Unterschiede bezüglich des Alters zwischen den Gruppen. Um zu sehen, zwischen welchen Gruppen die signifikanten

Unterschiede liegen, wurden Mann-Whitney-Tests durchgeführt. Zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 gab es einen signifikanten Unterschied ( $U=583,000$ ,  $p=0,015$ ). Die Gruppe 1 ist älter als die Gruppe 2. Die übrigen Gruppenvergleiche waren nicht signifikant.

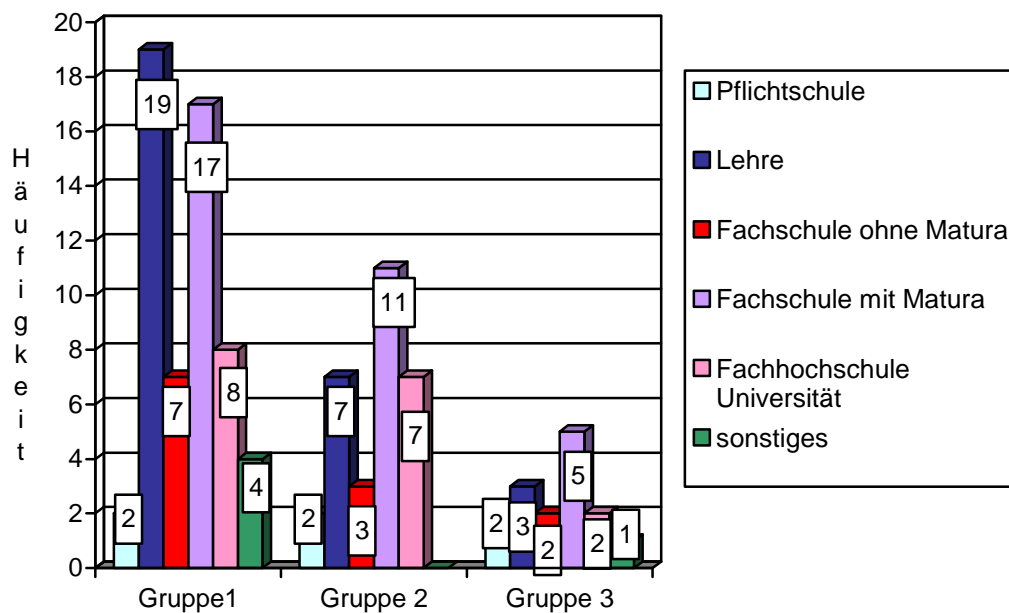
**Tab. 3:** Deskriptivstatistik AUDIT-Gruppen

	M	SD	n
Alter Gr. 1	35,91	12,23	57
Alter Gr. 2	29,87	11,17	30
Alter Gr. 3	32,33	12,95	15
Ausbildungsjahre Gr. 1	14,32	3,98	57
Ausbildungsjahre Gr. 2	15,31	4,02	29
Ausbildungsjahre Gr. 3	14,07	3,28	15
Personenanzahl Haushalt Gr. 1	1,58	1,27	57
Personenanzahl Haushalt Gr. 2	1,27	1,20	30
Personenanzahl Haushalt Gr. 3	1,73	1,58	15
Enge Freunde Gr. 1	5,18	3,67	55
Enge Freunde Gr. 2	5,23	3,34	30
Enge Freunde Gr. 3	9,40	7,88	15
Wöchentl. Arbeitsh. Gr. 1	33,00	16,49	57
Wöchentl. Arbeitsh. Gr. 2	30,40	20,12	30
Wöchentl. Arbeitsh. Gr. 3	36,60	16,40	15
Wöchentl. Sporth. Gr. 1	3,37	2,82	57
Wöchentl. Sporth. Gr. 2	5,57	4,88	30
Wöchentl. Sporth. Gr. 3	5,07	5,56	15
Tägl. Zigarettenkonsum Gr. 1	7,93	11,75	57
Tägl. Zigarettenkonsum Gr. 2	3,63	8,76	30
Tägl. Zigarettenkonsum Gr. 3	14,27	16,50	15

### Höchste abgeschlossene Ausbildung

Es zeigte sich, dass 61,1% der Fälle einen Erwartungswert  $<5$  aufweisen und damit eine Bedingung für die Zuverlässigkeit des Chi-Quadrat-Tests nicht erfüllt wurde ( $\chi^2=6,760$ ,  $df=10$ ,  $p=0,771$ ). Es kann jedoch anhand der Überprüfung der standardisierten Residuen, die im unauffälligen Bereich liegen, und anhand der optischen Darstellung (s. Abb. 8) davon ausgegangen werden, dass sich die drei Gruppen bezüglich der Verteilung des Bildungsgrades nicht unterscheiden.

**Abb. 8:** Häufigkeitsverteilung der höchsten abgeschlossenen Bildung



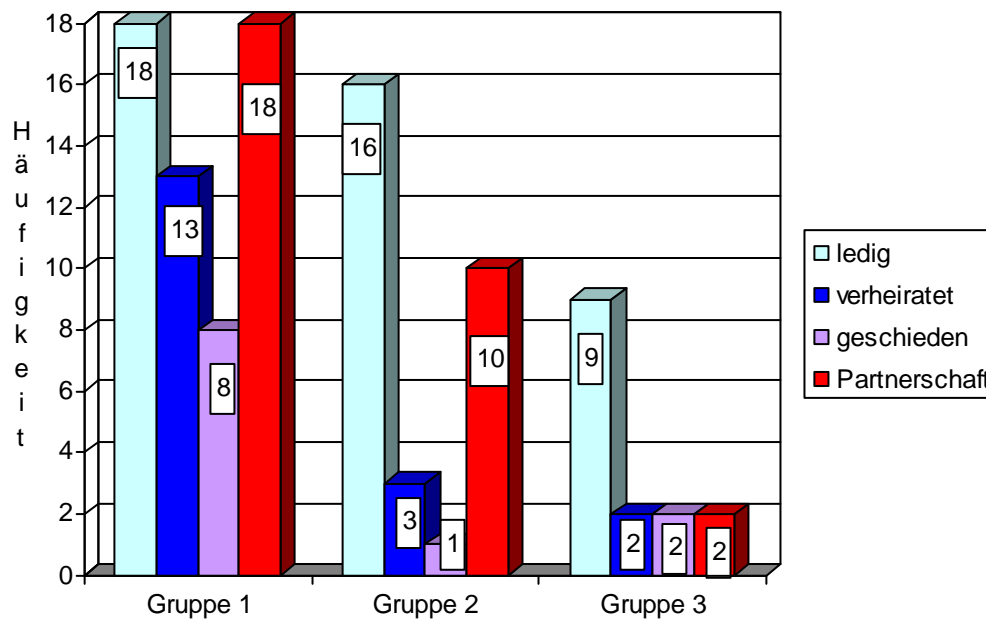
### Ausbildungsjahre

In der Gruppe 2 ist keine Normalverteilung gegeben. Der Kruskal-Wallis-Test ergab kein signifikantes Ergebnis ( $\chi^2=2,000$ ,  $df=2$ ,  $p=0,368$ ), was bedeutet, dass es keinen Unterschied zwischen den drei Gruppen bezüglich der Ausbildungsjahre gibt.

### Familienstand

Es zeigte sich, dass 33,3% der Fälle einen Erwartungswert  $<5$  aufwiesen ( $\chi^2=9,307$ ,  $df=6$ ,  $p=0,157$ ). Es kann jedoch anhand der Überprüfung der standardisierten Residuen, die im unauffälligen Bereich liegen, und anhand der optischen Darstellung (s. Abb. 9) davon ausgegangen werden, dass sich die drei Gruppen bezüglich der Verteilung des Familienstandes nicht unterscheiden.

**Abb. 9:** Häufigkeitsverteilung des Familienstandes



#### **Personenanzahl im selben Haushalt**

In der Gruppe 2 ist keine Normalverteilung gegeben. Der Kruskal-Wallis-Test ergab kein signifikantes Ergebnis ( $\chi^2=1,461$ ,  $df=2$ ,  $p=0,482$ ), es gibt keinen Unterschied zwischen den drei Gruppen bezüglich der Anzahl der Personen, die im selben Haushalt wohnen.

#### **Anzahl der engen Freunde**

Die Homogenität der Varianzen ist nicht gegeben, aufgrund dessen wurde der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt ( $\chi^2=6,247$ ,  $df=2$ ,  $p=0,044$ ). Es gab Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen die Anzahl der engen Freunde betreffend. Die Gruppe 1 hatte signifikant weniger enge Freunde als die Gruppe 3 ( $U=244,500$ ,  $p=0,015$ ).

#### **Wöchentliche Arbeitsstunden**

Die Homogenität der Varianzen ist nicht gegeben, aufgrund dessen wurde der Kruskal-Wallis-Test angewandt ( $\chi^2=0,261$ ,  $df=2$ ,  $p=0,878$ ). Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der wöchentlichen Arbeitsstunden.

### Wöchentliche Sportstunden

Die Homogenität der Varianzen ist nicht gegeben, aufgrund dessen wurde der Kruskal-Wallis-Test eingesetzt ( $\chi^2=4,176$ ,  $df=2$ ,  $p=0,124$ ). Das Ergebnis ist nicht signifikant, es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen die wöchentlichen Sportstunden betreffend.

### Täglicher Zigarettenkonsum

Die Gruppe 2 ist nicht normalverteilt. Der Kruskal-Wallis-Test zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ( $\chi^2=6,975$ ,  $df=2$ ,  $p=0,031$ ). Die Gruppe 2 raucht signifikant weniger als die Gruppe 3 ( $U=123,500$ ,  $p=0,007$ ).

### Alkoholkonsummotive

Die prozentuelle Verteilung der Alkoholkonsummotive ist in Tabelle 4 dargestellt.

**Tab. 4:** Prozentuelle Verteilung der Alkoholkonsummotive

Motive	Gruppe 1 (n=57)	Gruppe 2 (n=30)	Gruppe 3 (n=15)
Familiäre/Partnerschaftsprobleme	7,0%	20,0%	13,3%
Soziale Probleme	3,5%	0%	0%
Zugehörigkeitsgefühl	24,6%	23,3%	33,3%
Innere Spannungen	10,5%	6,7%	26,7%
Innere Leere, Sinnlosigkeitsgefühl	3,5%	6,7%	13,3%
Externe Belastungen	21,1%	33,3%	26,7%
Impulshaftes Trinken	14,0%	20,0%	33,3%
Um gut drauf zu sein	42,1%	53,3%	53,3%
Weil ich traurig bin	3,5%	3,3%	6,7%
Sonstige Gründe	56,1%	70,0%	40,0%

Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich



## 9 Ergebnisse

### 9.1 Hypothese 1

Die Hypothese 1 befasst sich mit den Unterschieden zwischen den drei Alkoholkonsumgruppen und dem Geschlecht sowie möglichen Wechselwirkungen im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die g-LQ wurde mit der SF-36 erhoben und beinhaltet acht Subskalen sowie zwei Summenscores, die einzeln geprüft wurden. Für einen deskriptiven Überblick über die Daten siehe Tabelle I im Anhang.

#### **Überprüfung der Voraussetzungen**

Die Normalverteilung sowie die Homogenität der Varianzen der Teilstichproben waren nur bei den Skalen Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Psychisches Wohlbefinden und beim Summenscore Psychisch gegeben. Nur mit diesen Skalen konnten wie geplant zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren AUDIT-Gruppen und Geschlecht durchgeführt werden und somit auch die Wechselwirkungen überprüft werden.

Beim Summenscore Physisch war zwar die Normalverteilung der Teilstichproben gegeben, aber die Varianzen waren heterogen. Auch eine einfaktorielle VA mit den AUDIT-Gruppen war aufgrund heterogener Varianzen nicht möglich. Deshalb wurden ein Kruskal-Wallis-Test und ein t-Test durchgeführt.

Die Normalverteilung der Teilstichprobe AUDIT-Gruppe 1 wurde angenommen ( $n > 30$ ), die der AUDIT-Gruppen 2 und 3 waren in den Skalen Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Soziale Funktionsfähigkeit und Emotionale Rollenfunktion nicht gegeben. Aus diesem Grund wurden bei diesen Skalen Kruskal-Wallis-Tests durchgeführt.

Die Normalverteilung des Geschlechts wurde aufgrund der  $n > 30$  angenommen. Die Homogenität der Varianzen war bei den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion und körperliche Schmerzen gegeben, mit diesen Skalen konnten t-Tests gerechnet werden. Mit den Skalen

emotionale Rollenfunktion sowie soziale Funktionsfähigkeit wurden t-Tests für nicht homogene Varianzen berechnet.

### **H1.1 Körperliche Funktionsfähigkeit**

Das Ergebnis des Kruskal-Wallis-Tests war nicht signifikant. Es bestand kein Unterschied zwischen den drei Gruppen bezüglich der körperlichen Funktionsfähigkeit ( $\chi^2=2,924$ ,  $df=2$ ,  $p=0,232$ ).

H1.1.0 (a) wird beibehalten.

Um Geschlechtsunterschiede feststellen zu können wurde ein t-Test mit der AV Körperliche Funktionsfähigkeit und der UV Geschlecht durchgeführt. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (s. Tab. 5).

**Tab. 5:** Ergebnis t-Test Körperliche Funktionsfähigkeit/Geschlecht

	t-Wert	df	p
Geschlecht	0,684	99	0,495

Hypothese 1.1.0 (b) wird beibehalten.

### **H1.2 Körperliche Rollenfunktion**

Das Ergebnis des Kruskal-Wallis-Tests war nicht signifikant (s. Tab. 6). Es zeigte sich allerdings eine Tendenz zu Gruppenunterschieden. Deshalb wurden zwischen den Gruppen Mann-Whitney-Tests berechnet (s. Tab. 7) und eine Alphafehler-Korrektur durchgeführt ( $p=0,025$  für  $\alpha=0,05$ ). Die AUDIT-Gruppen 1 und 3 unterscheiden sich in der Dimension Körperliche Rollenfunktion tendenziell voneinander. Die Gruppe 1 hat eine bessere körperliche Rollenfunktion als die Gruppe 3, dieser Unterschied zeigt eine mittelgroße Effektstärke von  $d=0,45$ . Die Gruppen 2 und 3 zeigen einen Unterschied dahingehend, dass die Gruppe 2 eine bessere körperliche Rollenfunktion hat. Dieser Unterschied erreicht zwar nicht statistische Signifikanz, zeigt aber mit einer mittelgroßen Effektstärke von  $d=0,68$  inhaltliche Relevanz. Die Gruppen 1 und 2 unterscheiden sich nicht hinsichtlich dieser Dimension.



**Tab. 6:** Ergebnis Kruskal-Wallis-Test Körperliche Rollenfunktion

	Chi-Quadrat	df	p
AUDIT-Gruppen	5,510	2	0,064

**Tab. 7:** Ergebnisse Mann-Whitney-Testungen Körperliche Rollenfunktion

	U-Wert	p
Gr. 1 und Gr. 2	845,500	0,891
Gr. 1 und Gr. 3	319,500	0,030 <sup>+</sup>
Gr. 2 und Gr. 3	164,500	0,053

<sup>+</sup>p<0,10

Hypothese 1.2.0 (a) wird beibehalten.

Um Geschlechtsunterschiede feststellen zu können, wurde ein t-Test durchgeführt. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (s. Tab. 8).

**Tab. 8:** Ergebnis t-Test Körperliche Rollenfunktion/Geschlecht

	t-Wert	df	p
Geschlecht	-0,058	100	0,954

Hypothese 1.2.0 (b) wird beibehalten.

### H1.3 Körperliche Schmerzen

Die Überprüfung der Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen mittels Kruskal-Wallis-Test bezüglich der Variablen Körperlichen Schmerzen ergab ein nicht signifikantes Ergebnis ( $\chi^2=1,796$ ,  $df=2$ ,  $p=0,407$ ). Es gab keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen das Ausmaß der körperlichen Schmerzen betreffend.

H1.3.0 (a) wird beibehalten.

Die Geschlechtsunterschiede wurden mittels t-Test überprüft. Es gab keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen in dieser Subskala ( $t=0,143$ ,  $df=100$ ,  $p=0,887$ ).

H1.3.0 (b) wird beibehalten.

#### **H1.4 Allgemeine Gesundheitswahrnehmung**

Es wurde eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit der Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung als AV und den Faktoren AUDIT-Gruppen und Geschlecht gerechnet. Das Ergebnis zeigte tendenzielle Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen, die Geschlechtsunterschiede sowie die Wechselwirkung waren nicht signifikant (s. Tab. 9). Zur optischen Verdeutlichung der Ergebnisse siehe Abbildung 10.

**Tab. 9:** Ergebnisse VA allg. Gesundheitswahrnehmung

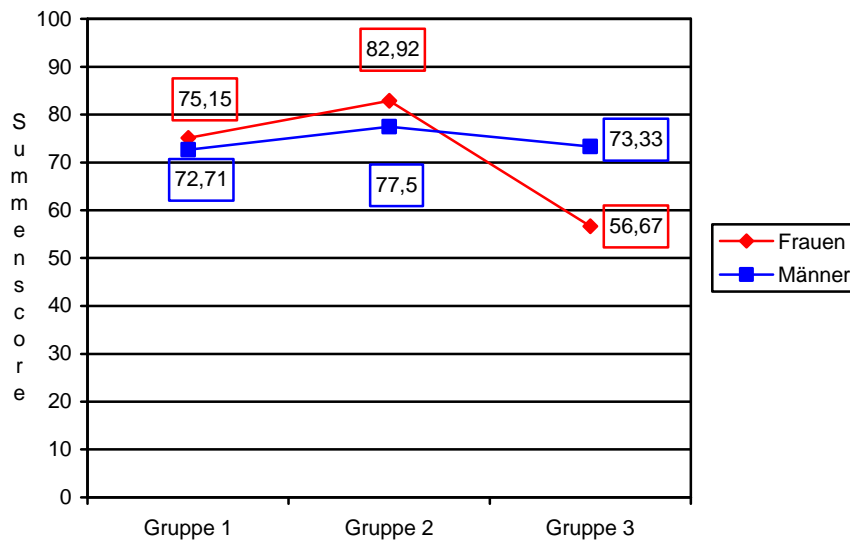
	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	2,967	2	0,056
Geschlecht	0,406	1	0,525
WW	1,504	2	0,227

WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

Die paarweisen Vergleiche der AUDIT-Gruppen mittels Sidak-Verfahren zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Der tendenzielle Unterschied zwischen Gruppe 2 und Gruppe 3 ( $p=0,063$ ) zeugt aber aufgrund der mittleren Effektstärke ( $d=0,48$ ) von inhaltlicher Relevanz. Die Gruppe 3 hat geringere Werte in dieser Dimension.

H1.4.0 (a, b, c) werden beibehalten.

**Abb. 10:** Interaktionsdiagramm allg. Gesundheitswahrnehmung



### H1.5 Vitalität

Es wurde eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit der AV Vitalität und den Faktoren AUDIT-Gruppen und Geschlecht berechnet. Es zeigten sich keine signifikanten Haupteffekte und keine signifikante Wechselwirkung (s. Tab. 10). Es gab aber einen tendenziellen Unterschied zwischen den Geschlechtern dahingehend, dass Frauen geringe Werte in der Dimension Vitalität angaben (s. Abb. 11).

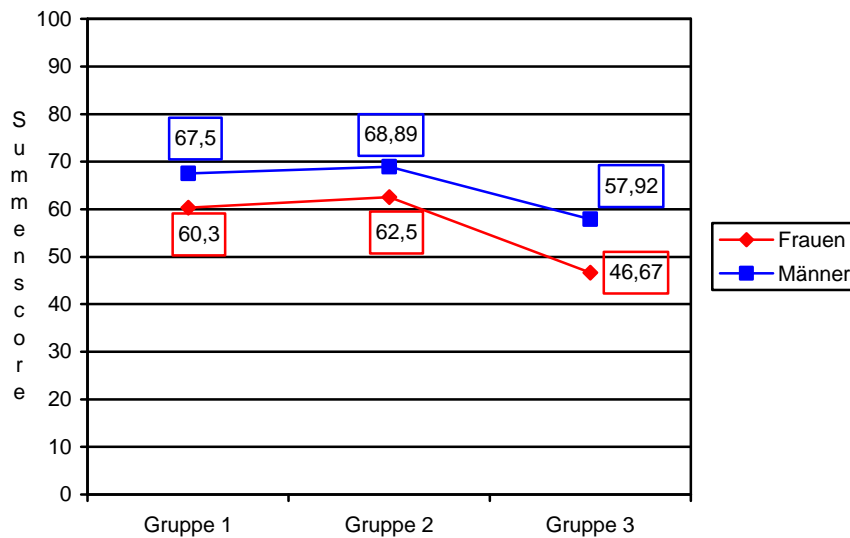
**Tab. 10:** Ergebnisse VA Vitalität

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	2,280	2	0,108
Geschlecht	3,324	1	0,071
WW	0,074	2	0,929

WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

Hypothesen 1.5.0 (a, b, c) werden beibehalten.

**Abb. 11:** Interaktionsdiagramm Vitalität



### H.1.6 Soziale Funktionsfähigkeit

Um Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen zu überprüfen, wurde ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet, der nicht signifikant ausfiel ( $\chi^2=0,470$ ,  $df=2$ ,  $p=0,791$ ). Es gibt keinen Unterschied zwischen den AUDIT-Gruppen in der sozialen Funktionsfähigkeit.

H1.6.0 (a) wird beibehalten.

Für mögliche Geschlechtsunterschiede wurde ein t-Test für nicht homogene Stichproben gerechnet (s. Tab. 11). Das Ergebnis zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern insofern, als Männer eine höhere soziale Funktionsfähigkeit als Frauen hatten. Dieses Ergebnis hat einen mittleren Effekt ( $d=0,49$ ).

**Tab. 11:** Ergebnis t-Test Soziale Funktionsfähigkeit/Geschlecht

	t-Wert	df	p
Geschlecht	2,439	79,198	<b>0,017*</b>

\*  $p<0,05$

H1.6.1 (b) wird angenommen.

Zusätzlich wurden die Geschlechtsunterschiede innerhalb der drei Gruppen mittels t-Tests überprüft. Es zeigte sich in Gruppe 1 ein signifikanter Unterschied ( $p=0,049$ ) von mittelgroßer Effektstärke ( $d=0,52$ ). Der Geschlechtsunterschied innerhalb der anderen beiden Gruppen war statistisch nicht signifikant, jedoch von inhaltlicher Bedeutsamkeit. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen in Gruppe 2 hat eine mittelgroßen Effektstärke von  $d=0,45$ , und der Unterschied in der Gruppe 3 zeigte einen großen Effekt von  $d=0,87$ . Frauen geben in allen Gruppen eine geringere soziale Funktionsfähigkeit an als Männer (s. Tab. I im Anhang).

### **H1.7 Emotionale Rollenfunktion**

Um Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen zu überprüfen, wurde ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet, der kein signifikantes Ergebnis ergab ( $\chi^2=3,150$ ,  $df=2$ ,  $p=0,207$ ). Es besteht kein Unterschied zwischen den drei AUDIT-Gruppen in der emotionalen Rollenfunktion.

H1.7.0 (a) wird beibehalten.

Für die Berechnung möglicher Geschlechtsunterschiede wurde ein t-Test für heterogene Stichproben berechnet. Das Ergebnis ist nicht signifikant, es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der emotionalen Rollenfunktion ( $t=1,406$ ,  $df=79,440$ ,  $p=0,164$ ).

H1.7.0 (b) wird beibehalten.

### **H1.8 Psychisches Wohlbefinden**

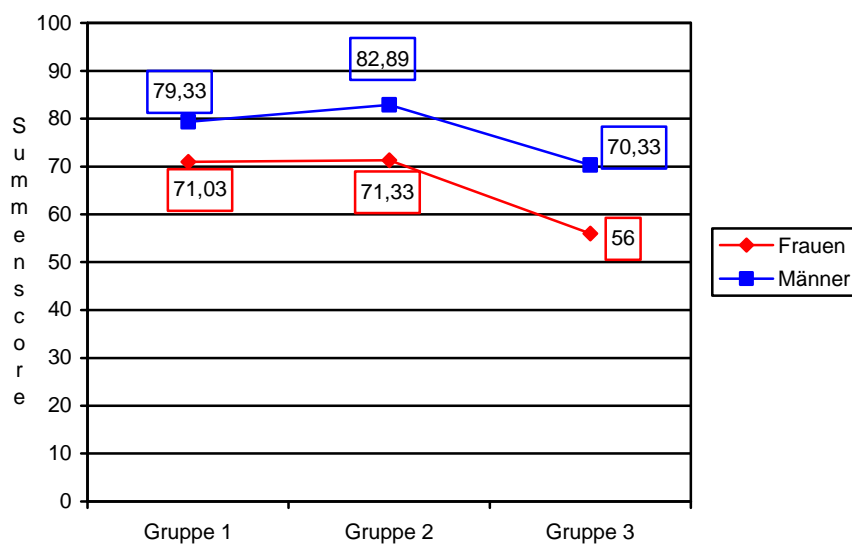
Die zweifaktorielle univariate VA mit dem Psychischen Wohlbefinden als AV und den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht als Faktoren ergab einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern sowie einen tendenziellen Unterschied zwischen den AUDIT-Gruppen. Die Wechselwirkung war nicht signifikant (s. Tab. 12). Zur optischen Darstellung der Ergebnisse siehe Abbildung 12.

**Tab. 12:** Ergebnisse VA Psychisches Wohlbefinden

	F-Wert	df	Sig.
AUDIT-Gruppen	2,888	2	0,061
Geschlecht	7,395	1	<b>0,008**</b>
WW	0,203	2	0,817

\*\*p<0,01, WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

**Abb. 12:** Interaktionsdiagramm Psychisches Wohlbefinden



Frauen haben ein hochsignifikant geringeres psychisches Wohlbefinden als Männer. Dieses Ergebnis hat eine mittlere Effektstärke von  $d=0,52$ .

Bei den paarweisen Vergleichen zeigte sich ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen der AUDIT-Gruppe 2 und 3 ( $p=0,060$ ) mit einer mittleren Effektstärke von  $d=0,67$ . Zwischen Gruppe 1 und 3 besteht ebenfalls ein tendenzieller Unterschied ( $p=0,095$ ) von mittlerer Effektstärke ( $d=0,42$ ). Der Unterschied zwischen Gruppe 1 und 2 ist nicht signifikant und weist einen kleinen Effekt auf ( $d=0,23$ ). Die Gruppe 3 wies ein geringeres psychisches Wohlbefinden auf als die beiden anderen Gruppen.

H1.8.0 (a, c) werden beibehalten.

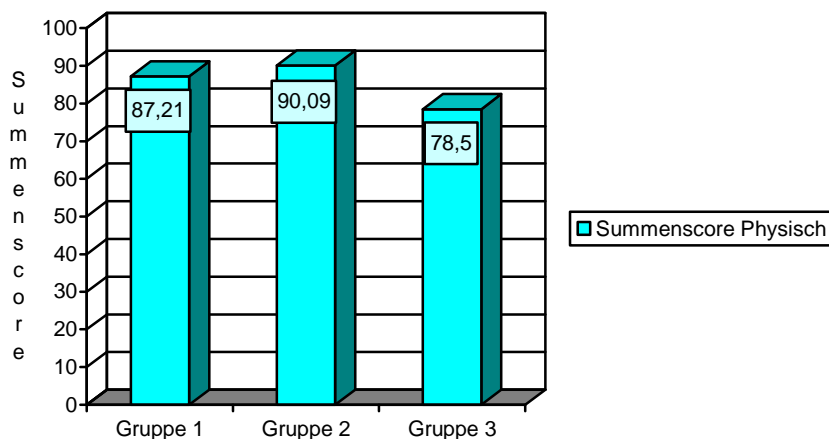
H1.8.1 (b) wird angenommen.

### H1.9 Summenscore Physisch

Um Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen zu überprüfen, wurde ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet, der kein signifikantes Ergebnis ergab ( $\chi^2=4,124$ ,  $df=2$ ,  $p=0,127$ ).

Zusätzlich wurden zwischen den Gruppen Mann-Whitney-Tests berechnet und eine Alphafehler-Korrektur durchgeführt. Es zeigten sich keine signifikanten, jedoch inhaltlich relevante Unterschiede zwischen den Gruppen (s. Abb. 13). Der Unterschied zwischen Gruppe 1 und Gruppe 3 hat einen mittleren Effekt ( $d=0,46$ ), so wie der Unterschied zwischen Gruppe 2 und 3 ( $d=0,69$ ). Die Gruppe 3 weist eine geringere physische g-LQ auf als die beiden anderen Gruppen. Die Gruppen 1 und 2 unterscheiden sich nicht hinsichtlich der physischen g-LQ.

**Abb. 13:** Mittelwerte Summenscore Physisch der AUDIT-Gruppen



H1.9.0 (a) wird beibehalten.

Für die Berechnung möglicher Geschlechtsunterschiede wurde ein t-Test berechnet. Das Ergebnis ist nicht signifikant, es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der physischen g-LQ ( $t=-0,238$ ,  $df=99$ ,  $p=0,812$ ).

H1.9.0 (b) wird beibehalten.

### H1.10 Summenscore Psychisch

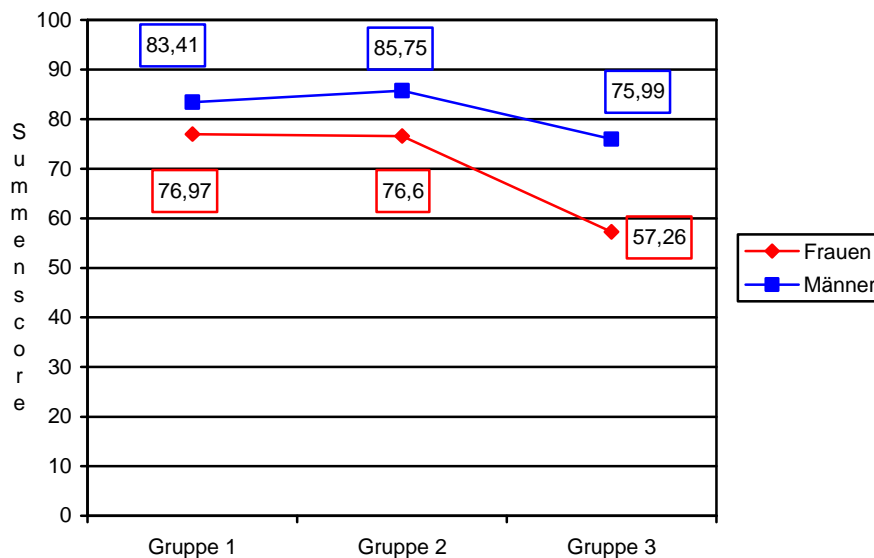
Es wurde eine zweifaktorielle univariate VA mit dem psychischen Summenscore als AV und den AUDIT-Gruppen und dem Geschlecht als Faktoren gerechnet. Es zeigten sich hochsignifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, signifikante Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen und keine signifikante Wechselwirkung (s. Tab. 13). Für die optische Darstellung der Ergebnisse siehe Abbildung 14.

**Tab. 13:** Ergebnisse VA Summenscore Psychisch

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	4,236	2	<b>0,017*</b>
Geschlecht	9,428	1	<b>0,003**</b>
WW	0,785	2	0,459

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

**Abb. 14:** Interaktionsdiagramm Summenscore Psychisch



Frauen haben eine hochsignifikant schlechtere psychische g-LQ als Männer. Das Ergebnis hat eine mittlere Effektstärke von  $d=0,47$ .

Die Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen wurden mittels Sidak-Tests überprüft. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 3 ( $p=0,021$ ) von mittelgroßer Effektstärke ( $d=0,46$ ) und zwischen Gruppe 2 und 3



( $p=0,020$ ) von mittlerer Effektstärke ( $d=0,66$ ). Die Gruppe 3 gab eine geringere psychische g-LQ an als die beiden anderen Gruppen, die sich nicht hinsichtlich des psychischen Summenscores unterschieden.

H1.10.0 (c) wird beibehalten.

H1.10.1 (a, b) werden angenommen.

## 9.2 Hypothese 2

Die Hypothese 2 überprüft, ob es Unterschiede zwischen den drei AUDIT-Gruppen und zwischen den Geschlechtern in dem Ausmaß der existentiellen Erfüllung gibt und ob Wechselwirkungen zwischen AUDIT-Gruppen und Geschlecht bestehen. Die existentielle Erfüllung wurde mit der ESK erhoben und beinhaltet vier Subskalen sowie drei Summenscores, die einzeln geprüft wurden. Für einen deskriptiven Überblick über die Daten siehe Tabelle II im Anhang.

### **Überprüfung der Voraussetzungen**

Normalverteilung sowie Homogenität der Varianzen waren in allen Teilstichproben gegeben. Somit konnten in allen Dimensionen zweifaktorielle univariate Varianzanalysen mit der jeweiligen Dimension/Summscore als AV und den Faktoren Geschlecht und AUDIT-Gruppen gerechnet werden.

### **H2.1 Selbst-Distanzierung**

Die Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen und die Wechselwirkung waren nicht signifikant (s. Tab. 14). Es zeigten sich aber tendenziell signifikante Geschlechtsunterschiede; Frauen hatten geringere Werte als Männer.

**Tab. 14:** Ergebnisse VA Selbst-Distanzierung

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	0,993	2	0,374
Geschlecht	3,115	1	0,081
WW	0,354	2	0,703

WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

H2.1.0 (a, b, c) werden beibehalten.

## H2.2: Selbst-Transzendenz

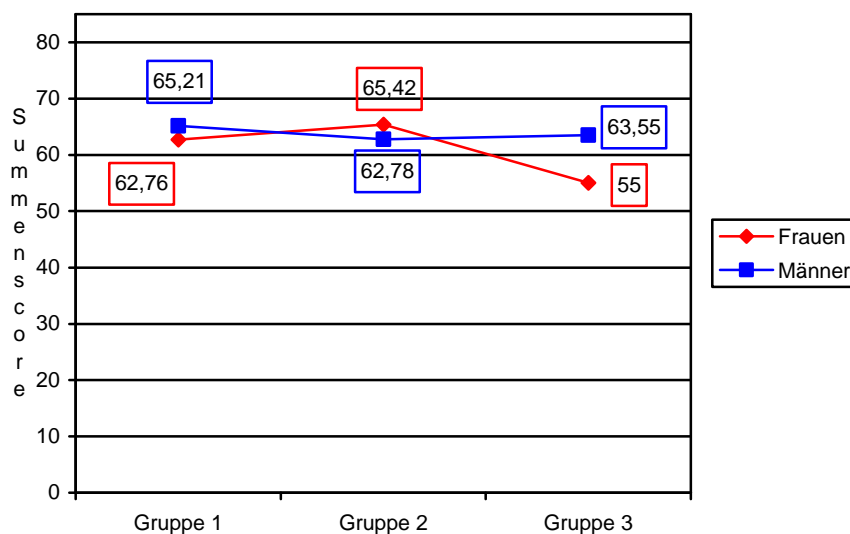
Es zeigten sich tendenzielle Geschlechtsunterschiede, tendenzielle Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen und eine signifikante Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren (s. Tab. 15).

**Tab. 15:** Ergebnisse VA Selbst-Transzendenz

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	2,638	2	0,077
Geschlecht	3,029	1	0,085
WW	3,483	2	<b>0,035*</b>

\* $p < 0,05$ , WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

**Abb. 15:** Interaktionsdiagramm Selbst-Transzendenz



Anhand des Interaktionsdiagramms (s. Abb. 15) ist ersichtlich, dass Männer in allen Gruppen ähnliche Werte aufwiesen, im Gegensatz zu den Frauen, bei denen die AUDIT-Gruppe 3 eindeutig schlechtere Werte als die anderen beiden Gruppen hatte. Auf die weiblichen Teilnehmer der Gruppe 3 lassen sich auch die tendenziellen Gruppenunterschiede und Geschlechtsunterschiede zurückführen.

Bei den paarweisen Vergleichen zeigte sich lediglich zwischen Gruppe 1 und Gruppe 3 ein tendenzieller Unterschied ( $p=0,084$ ) von kleiner Effektstärke ( $d=0,31$ ).

H2.2.0 (a, b) werden beibehalten.

H2.2.1 (c) wird angenommen.

### H2.3 Freiheit

Es gab keine signifikanten Haupteffekte und keine signifikante Wechselwirkung (s. Tab. 16).

**Tab. 16:** Ergebnisse VA Freiheit

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	1,871	2	0,160
Geschlecht	1,923	1	0,169
WW	1,740	2	0,181

WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

H2.3.0 (a, b, c) werden beibehalten.

### H2.4 Verantwortung

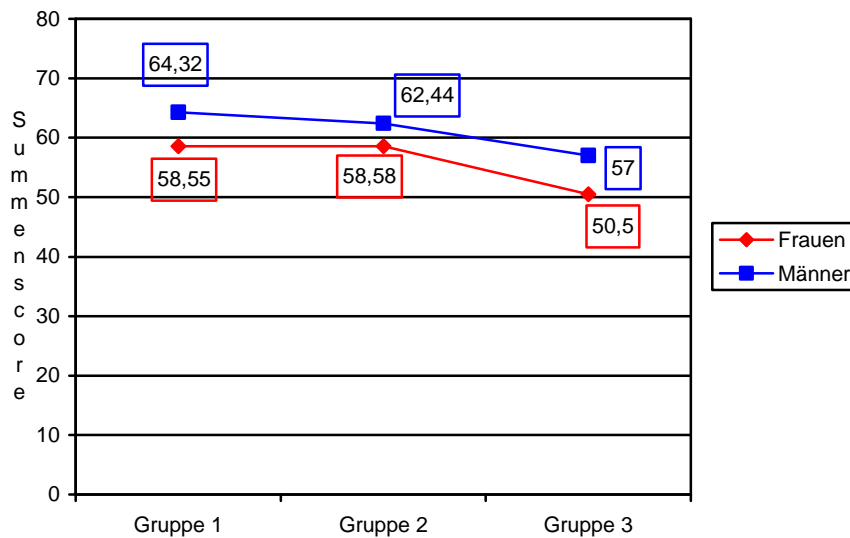
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen, und auch die Wechselwirkung war nicht signifikant (s. Tab. 17). Es zeigte sich aber ein tendenzieller Unterschied zwischen den Geschlechtern dahingehend, dass Frauen geringere Werte hatten als Männer. Für die optische Darstellung der Ergebnisse siehe Abbildung 16.

**Tab. 17:** Ergebnisse VA Verantwortung

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	1,635	2	0,201
Geschlecht	2,983	1	0,088
WW	0,092	2	0,912

WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

**Abb. 16:** Interaktionsdiagramm Verantwortung



H2.4.0 (a, b, c) werden beibehalten.

## H2.5 Persönlichkeit

Bei dem Summenscore Persönlichkeit (ST+SD) zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den AUDIT-Gruppen sowie zwischen den Geschlechtern und eine tendenzielle Wechselwirkung (s. Tab. 18). Zur graphischen Verdeutlichung der Ergebnisse siehe Abbildung 17.

**Tab.18:** Ergebnisse VA Persönlichkeit

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	3,483	2	<b>0,035*</b>
Geschlecht	6,609	1	<b>0,012*</b>
WW	2,395	2	0,097

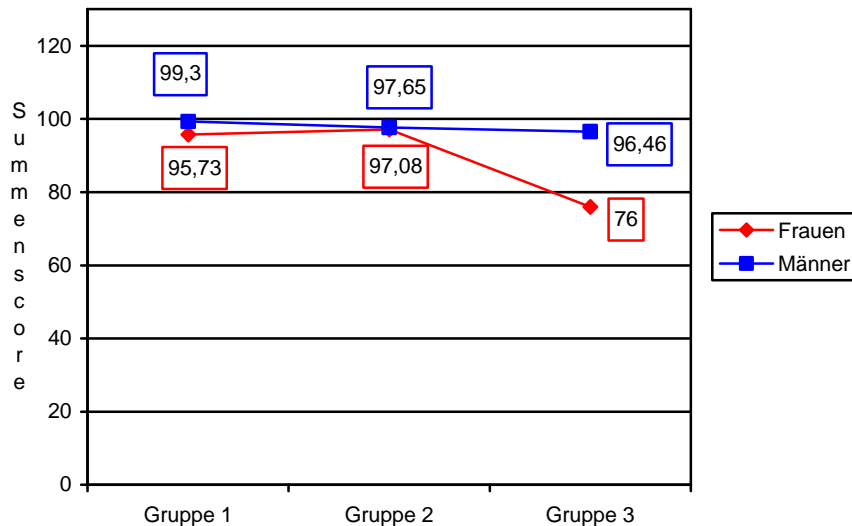
\* $p < 0,05$ , WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

Anhand des Interaktionsdiagramms und der Deskriptivstatistik (s. Tab. II im Anhang) ist zu erkennen, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen und zwischen den Geschlechtern sowie die tendenzielle Wechselwirkung auf die niedrigen Werte der weiblichen Teilnehmer der Gruppe 3 zurückzuführen sind.

Die paarweisen Vergleiche zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe 1 und Gruppe 3 ( $p=0,032$ ) mit kleinem Effekt ( $d=0,32$ ) und einen

ebenfalls signifikanten Unterschied zwischen Gruppe 2 und 3 ( $p=0,049$ ) mit kleinem Effekt ( $d=0,34$ ). Die Gruppe 3 weist geringere Werte als die Gruppen 1 und 2 auf. Zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 gibt es keinen Unterschied bezüglich der Personalität.

**Abb. 17:** Interaktionsdiagramm Personalität



H2.5.0 (c) wird beibehalten.

H2.5.1 (a, b) werden angenommen.

## H2.6 Existentialität

Bei dem Summenscore Personalität (F+V) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie tendenzielle Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen (s. Tab. 19). Die Wechselwirkung war nicht signifikant.

**Tab. 19:** Ergebnisse VA Existentialität

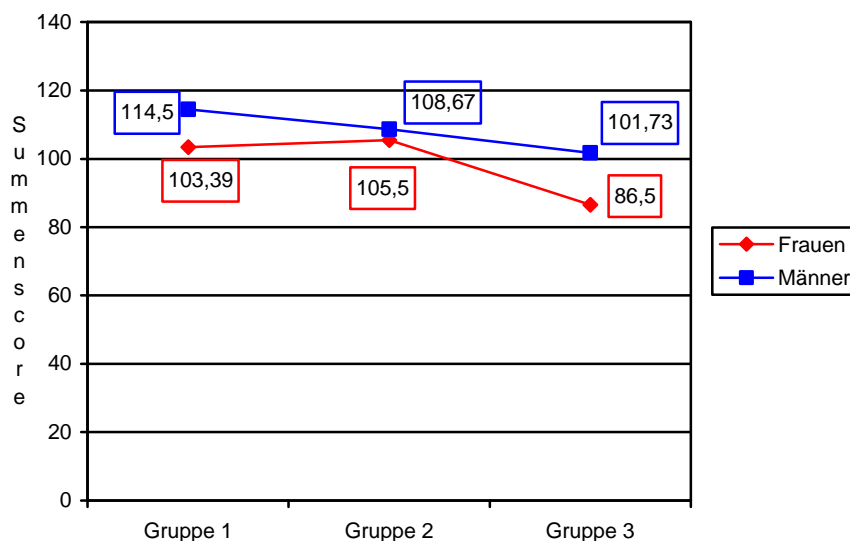
	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	2,502	2	0,088
Geschlecht	4,100	1	<b>0,046*</b>
WW	0,698	2	0,500

\*  $p < 0,05$ , WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

Der Unterschied zwischen Männern und Frauen hat einen kleinen Effekt ( $d=0,39$ ) dahingehend, dass Männer höhere Werte in dieser Skala haben als Frauen (s. Abb. 18).

Die paarweisen Vergleiche brachten keine signifikanten Ergebnisse. Jedoch hat der tendenzielle Unterschied ( $p=0,081$ ) zwischen Gruppe 1 und 3 einen mittleren Effekt ( $d=0,48$ ) und der Unterschied zwischen Gruppe 2 und 3 ebenso einen mittleren Effekt ( $d=0,50$ ) in die Richtung, dass die Gruppe 3 geringere Werte als die Gruppe 1 und die Gruppe 2 hat (s. Tab. II im Anhang).

**Abb. 18:** Interaktionsdiagramm Existentialität



H2.6.0 (a, c) werden beibehalten.

H2.6.1 (b) wird angenommen.

## H2.7 Existentielle Erfüllung

Die Ergebnisse der VA mit dem Gesamtmaß existentielle Erfüllung als AV zeigten signifikante Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen sowie signifikante Geschlechtsunterschiede (s. Tab. 20). Zur optischen Darstellung der Ergebnisse siehe Abbildung 19.

Bezüglich der Gruppenunterschiede zeigte sich bei den paarweisen Vergleichen ein tendenzieller Unterschied zwischen Gruppe 1 und Gruppe 3 ( $p=0,043$ ) von

mittlerer Effektstärke ( $d=0,43$ ) und zwischen Gruppe 2 und Gruppe 3 auch eine Tendenz zu einem Gruppenunterschied ( $p=0,074$ ) von mittlerem Effekt ( $d=0,49$ ). Die tendenziellen Unterschiede weisen in beiden Fällen darauf hin, dass die Gruppe 3 eine geringere existentielle Erfüllung als die anderen beiden Gruppen hat. Die Gruppen 1 und 2 unterschieden sich nicht in ihrer existentiellen Erfüllung.

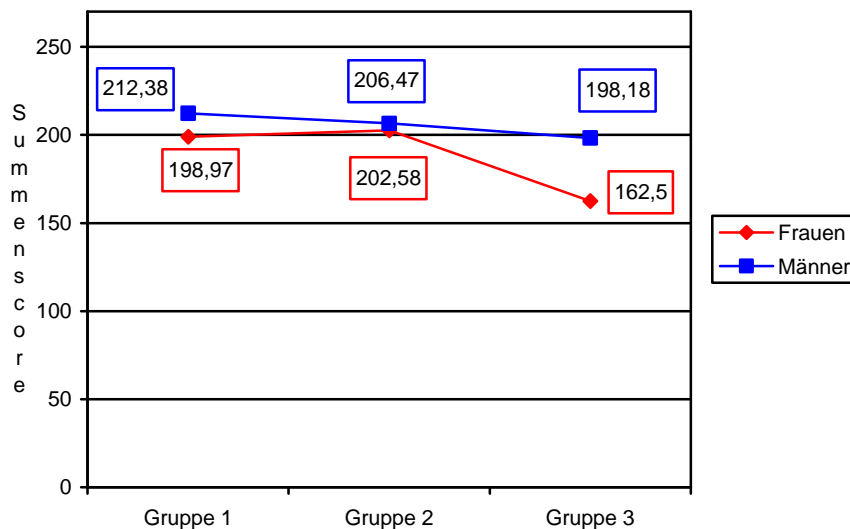
Männer wiesen eine höhere existentielle Erfüllung auf als Frauen, dieser Unterschied hatte einen kleinen Effekt ( $d=0,35$ ).

**Tab. 20:** Ergebnisse VA Existentielle Erfüllung

	F-Wert	df	p
AUDIT-Gruppen	3,154	2	<b>0,048*</b>
Geschlecht	5,595	1	<b>0,020*</b>
WW	1,164	2	0,317

\*  $p < 0,05$ , WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

**Abb. 19:** Interaktionsdiagramm Existentielle Erfüllung



H2.7.0 (c) wird beibehalten.

H2.7.1 (a, b) werden angenommen.

### 9.3 Hypothese 3

Im Rahmen dieser Hypothese wurden die AUDIT-Gruppen und das Geschlecht hinsichtlich der Depressivität miteinander verglichen sowie die Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen und Geschlecht überprüft. Für einen deskriptiven Überblick der Daten siehe Tabelle III im Anhang.

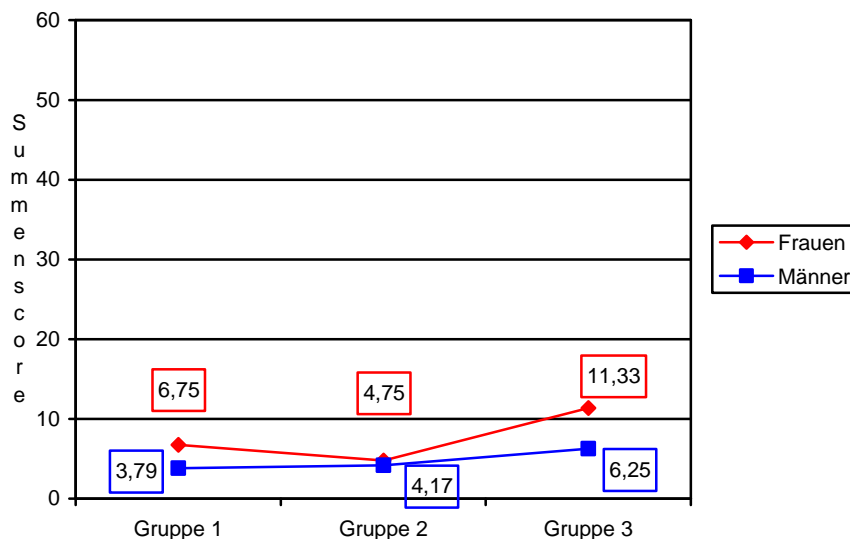
Aufgrund erfüllter Voraussetzungen konnte eine zweifaktorielle univariate VA mit der AV Depressivität und den Faktoren AUDIT-Gruppen und Geschlecht berechnet werden. Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen von kleiner Effektstärke ( $d=-0,38$ ) dahingehend, dass Frauen höhere Depressionswerte hatten als Männer (s. Tab. 21 & Abb. 20). Dabei ist zu bemerken, dass beide Geschlechter im unauffälligen Wertebereich liegen.

**Tab. 21:** Ergebnisse VA Depressivität

	F-Wert	df	Sig.
AUDIT-Gruppen	2,345	2	0,101
Geschlecht	4,057	1	<b>0,047*</b>
WW	0,776	2	0,463

\* $p < 0,05$ , WW=Wechselwirkung zwischen AUDIT-Gruppen & Geschlecht

**Abb. 20:** Interaktionsdiagramm Depressivität





Der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant. Auch die paarweisen Vergleiche brachten keine signifikanten Ergebnisse. Dennoch ist der Unterschied ( $p=0,098$ ) zwischen Gruppe 2 und 3 bedeutsam, was die mittlere Effektstärke von  $d=-0,54$  verdeutlicht.

H3.0 (a, c) werden beibehalten.

H3.1 (b) wird angenommen.

#### 9.4 Hypothese 4

Es sollte überprüft werden, inwieweit die erhobenen Variablen einen signifikanten Beitrag zur dichotomen Zuordnung in Gruppen mit niedrigem bzw. hohem Alkoholismusrisiko beitragen können.

Dafür wurden die AUDIT-Gruppen 1 und 2 zusammengelegt. Diese Gruppe stellt nun die Gruppe 1 mit nicht bzw. etwas riskantem Alkoholkonsum dar ( $n=87$ ), während die Gruppe 3 wie gehabt die Gruppe mit hochriskantem Alkoholkonsum darstellt ( $n=15$ ).

Für diese Fragestellung wurde eine logistische Regression (Methode rückwärts, WALD) gerechnet. Es wurden fünf Schritte berechnet. Beim fünften Schritt kam es zu einer richtigen Zuordnung zu einer der beidem Gruppen von 88,9%. An den Ergebnissen ist ersichtlich, dass die Zuordnung zur Gruppe mit nicht vorhandenem bzw. etwas riskantem Alkoholkonsum besser ist als die richtige Zuordnung zur Gruppe mit dem hochriskantem Alkoholkonsum (s. Tab. 22). In Tabelle 23 sind die Prädiktoren, die im fünften Schritt für die Vorhersage verantwortlich waren, abgebildet.

**Tab. 22:** Regression Vorhersage Alkoholkonsum

	Gr. 1 vorhergesagt	Gr. 3 vorhergesagt	Richtiger Prozentsatz
Gruppe 1	83	1	98,8%
Gruppe 3	10	5	33,3%
			Gesamt 88,9%

**Tab. 23:** Prädiktoren Alkoholismusrisiko bei Schritt 5

	Wald	df	p
Geschlecht	4,447	1	<b>0,035*</b>
Anzahl enger Freunde	6,740	1	<b>0,009**</b>
Zigarettenkonsum	3,909	1	<b>0,048*</b>
SF-36 Summe Psych.	8,012	1	<b>0,005**</b>

\*p<0,05, \*\*p<0,01

Das Geschlecht ist ein signifikanter Prädiktor dahingehend, dass Männer überzufällig öfter der Gruppe 3 zuzuordnen sind. Der tägliche Zigarettenkonsum wirkt sich signifikant aus, da die Gruppe 3 ein höheres tägliches Rauchpensum (m=14,27) als die Gruppe 1 (m=6,45) hat. Ein weiterer hochsignifikanter Prädiktor stellt die Anzahl der engen Freunde dar. Gruppe 3 gab deutlich mehr enge Freunde an (m=9,40) als die Gruppe 1 (m=5,20). Die psychische g-LQ wirkt sich als hochsignifikanter Prädiktor aus, die Gruppe 1 hat eine höhere psychische g-LQ (m=80,55) als die Gruppe 3 (m=72,24).

Das heißt, dass Mann sein, rauchen, eine große Anzahl an engen Freunden und eine geringe psychische g-LQ als Prädiktoren für einen gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum gesehen werden können.

Frau sein, nicht rauchen, ein kleiner enger Freundeskreis und eine gute psychische g-LQ sind Prädiktoren für einen geringen Alkoholkonsum.

## 9.5 Hypothese 5

Es sollte überprüft werden, inwieweit die erhobenen Variablen einen signifikanten Beitrag zur Zuordnung in dichotome Gruppen mit niedriger bzw. hoher physischer g-LQ beitragen können.

Um die Regression durchführen zu können, wurde die Stichprobe anhand des Medians des physischen Summenscores der SF-36 in zwei Gruppen geteilt. Der Median betrug 91,25. Bis zu einem Wert von inklusive 91,25 kamen die

Probanden in die Gruppe 1 mit der geringeren physischen g-LQ (n=52) und ab einem Wert von 92 in die Gruppe 2 mit der besseren physischen g-LQ (n=50).

Auch bei dieser Fragestellung wurde eine logistische Regression (Methode rückwärts, WALD) angewandt. Es wurden sieben Schritte berechnet, und es kam zu einer richtigen Zuordnung zu einer der beiden Gruppen von 73,1%. Die Zuordnung zur Gruppe 2 war vergleichsmäßig besser als die zur Gruppe 1 (s. Tab. 24). Diese Vorhersage kam anhand der in Tabelle 25 abgebildeten Prädiktoren zustande.

**Tab. 24:** Regression Vorhersage physische g-LQ

	Gr. 1 vorhergesagt	Gr. 2 vorhergesagt	Richtiger Prozentsatz
Gruppe 1	30	16	65,2%
Gruppe 2	9	38	80,9%
			Gesamt 73,1%

**Tab. 25:** Prädiktoren physischer g-LQ bei Schritt 7

	Wald	df	p
Depressivität	2,720	1	0,099
Verantwortung (ESK)	5,392	1	<b>0,020*</b>
Zigarettenkonsum	3,173	1	0,075

\*p<0,05

Verantwortung aus der ESK stellte einen signifikanten Prädiktor dar, die Gruppe 1 übernimmt eine geringere Eigenverantwortung (m=56,23) als die Gruppe 2 (m=64,47).

Der tägliche Zigarettenkonsum ist tendenziell signifikant, die Gruppe 1 raucht durchschnittlich mehr (m=9,58) als die Gruppe 2 (m=5,54).

Das Ausmaß an Depressivität ist ebenfalls ein tendenziell signifikanter Prädiktor, die Gruppe 1 ist depressiver (m=7,47) als die Gruppe 2 (m=3,34).

Das bedeutet, dass geringe Eigenverantwortung, Rauchen und Depressivität Prädiktoren für eine schlechtere physische gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellen, und Übernahme von Eigenverantwortung, nicht zu rauchen und nicht depressiv zu sein für eine gute physische g-LQ spricht.

## 9.6 Hypothese 6

Es sollte überprüft werden, inwieweit die erhobenen Variablen einen signifikanten Beitrag zur Zuordnung in dichotome Gruppen mit niedriger bzw. hoher psychischer g-LQ beitragen können.

Um die Regression durchführen zu können, wurde die Stichprobe anhand des Medians des psychischen Summenscores der SF-36 in zwei Gruppen aufgeteilt. Der Median betrug 84,13. Bis zu einem Wert von 84,13 kamen die Probanden in die Gruppe 1 mit der geringeren psychischen g-LQ (n=51) und ab einem Wert von 84,14 in die Gruppe 2 mit der besseren psychischen g-LQ (n=51).

Auch bei dieser Fragestellung wurde eine logistische Regression (Methode rückwärts, WALD) angewandt. Es wurden zwei Schritte berechnet, und es kam zu einer richtigen Zuordnung zu einer der beiden Gruppen von 82% (s. Tab. 26). Diese Vorhersage kam anhand der in Tabelle 27 abgebildeten Prädiktoren zustande.

**Tab. 26:** Regression Vorhersage psychische g-LQ

	Gr. 1 vorhergesagt	Gr. 2 vorhergesagt	Richtiger Prozentsatz
Gruppe 1	41	8	84,0%
Gruppe 2	10	41	80,4%
			Gesamt 82,0%

Das Ausmaß an Depressivität stellte einen hochsignifikanten Prädiktor dar, Gruppe 1 war depressiver (m=8,02) als Gruppe 2 (m=2,88).

Ebenso hochsignifikant wirkte sich das Alter als Prädiktor aus, Gruppe 1 war jünger (m=30,18) als Gruppe 2 (m=37,04).

Der Alkoholkonsum von vor einem Jahr war auch ein hochsignifikanter Prädiktor, die Gruppe 1 zeichnete sich durch einen höheren früheren Alkoholkonsum aus.

Die Anzahl der Personen im gemeinsamen Haushalt wirkte sich als signifikanter Prädiktor dahingehend aus, dass in Gruppe 1 mehr Personen zusammen wohnten als in Gruppe 2.

Die Ausbildungsjahre waren ein signifikanter Prädiktor, Gruppe 1 hatte eine längere Ausbildungszeit als Gruppe 2.

**Tab. 27:** Prädiktoren psychischer g-LQ bei Schritt 2

	Wald	df	p
Alkohol. vor einem Jahr	8,304	1	<b>0,004</b> <sup>**</sup>
Alter	10,290	1	<b>0,001</b> <sup>**</sup>
Ausbildungsjahre	4,845	1	<b>0,028</b> <sup>*</sup>
Personen im Haushalt	4,463	1	<b>0,035</b> <sup>*</sup>
Depressivität	18,998	1	<b>&lt;0,001</b> <sup>**</sup>

<sup>\*</sup>p<0,05, <sup>\*\*</sup>p<0,01

Zusammengefasst heißt das, dass Depressivität, jüngeres Alter, hoher früherer Alkoholkonsum, mehrere Personen im selben Haushalt und eine lange Ausbildungszeit Prädiktoren für eine geringere psychische g-LQ darstellen.

Keine Depressivität, höheres Alter, niedriger früherer Alkoholkonsum, wenige Personen im selben Haushalt und eine kürzere Ausbildungszeit sind Prädiktoren für eine gute psychische g-LQ.



## 10 Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Unterschiede zwischen Personen, die unterschiedlich viel Alkohol konsumieren, in Bezug auf die g-LQ, Depressivität und existentielle Erfüllung zu überprüfen.

Die Ergebnisse deuten an, dass Personen, die einen hochriskanten Alkoholkonsum betreiben, eine geringere physische und psychische g-LQ haben als Personen, die einen mäßig riskanten Alkoholkonsum oder kaum einen Alkoholkonsum aufweisen. Diese Unterschiede sind nicht signifikant, zeugen aber aufgrund ihrer mittleren Effektstärken von inhaltlicher Bedeutsamkeit. Dabei ist auffallend, dass die Mittelwertsunterschiede zwischen der hochriskanten Alkoholkonsumgruppe (Gruppe 3) und der Gruppe mit dem mäßig riskanten Alkoholkonsum (Gruppe 2) zumeist größer sind als zwischen der hochriskanten und der nicht riskanten Alkoholkonsumgruppe (Gruppe 1). Es deutet sich ein j-förmiger Zusammenhang zwischen g-LQ und Alkoholkonsum an. Diese Unterschiede bezüglich der g-LQ zeigten sich aber nicht in allen Dimensionen der SF-36.

Im Bereich der physischen Dimensionen der SF-36 waren diese Unterschiede in den Skalen Körperliche Rollenfunktion und Allgemeine Gesundheitswahrnehmung erkennbar. In den weiteren Skalen Körperliche Funktionsfähigkeit und Körperliche Schmerzen gab es keine Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Gruppen. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten auch keine in den physischen Dimensionen gefunden werden.

Die körperliche Rollenfunktion betreffend unterschied sich die Gruppe mit dem hochriskanten Alkoholkonsum signifikant von der Gruppe mit dem nicht riskanten Alkoholkonsum dahingehend, dass die Personen, die kaum oder keinen Alkohol trinken, eine bessere körperliche Rollenfunktion aufwiesen als diejenigen, die Alkohol in einem gesundheitsschädigenden Ausmaß konsumieren. Auch zwischen der Gruppe mit dem mäßig riskanten Alkoholkonsum und der Hochrisikogruppe zeigte sich ein tendenzieller Unterschied in dieser Skala in dieselbe Richtung.

In der Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung unterschied sich die mäßig riskante Alkoholkonsumgruppe ebenfalls tendenziell signifikant von der Hochrisikogruppe. Die Personen, die bereits Tendenzen in Richtung Alkoholabhängigkeit zeigten, hatten eine schlechtere allgemeine Gesundheitswahrnehmung als die mäßig riskant Konsumierenden. Dieser Unterschied hatte eine mittlere Effektstärke.

Den physischen Summenscore betreffend zeigten sich inhaltlich relevante Unterschiede mit mittleren Effektstärken zwischen der Hochrisikogruppe und den beiden anderen Gruppen. Personen, die im gesundheitsschädlichen Ausmaß Alkohol konsumierten, hatten eine schlechtere physische g-LQ als Personen, die im mäßig riskanten Ausmaß Alkohol tranken oder fast abstinente waren.

Bei den psychischen Dimensionen gab es mit Ausnahme der Dimension Psychisches Wohlbefinden keine Unterschiede zwischen den Alkoholgruppen. Im Bereich dieser Dimension hatte die Hochrisikogruppe sowohl ein tendenziell signifikant geringeres psychisches Wohlbefinden als die Gruppe mit dem mäßig riskanten Alkoholkonsum als auch ein geringeres Wohlbefinden als die Fastabstinenten. Beide Ergebnisse sind nicht signifikant, zeigen aber mittlere Effekte.

Bezüglich des psychischen Summenscores der SF-36 waren tendenzielle Unterschiede zwischen den AUDIT-Gruppen erkennbar. Die Hochrisikogruppe wies eine signifikant schlechtere psychische g-LQ auf als die beiden anderen Gruppen.

Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigten sich in drei der vier psychischen Dimensionen der SF-36. In der Dimension Psychisches Wohlbefinden gab es einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern von mittlerer Effektstärke. Frauen gaben ein deutlich geringeres psychisches Wohlbefinden an als Männer. Ein weiterer signifikanter Unterschied in dieselbe Richtung zeigte sich in der Dimension Soziale Funktionsfähigkeit. Am deutlichsten war der Geschlechtsunterschied in dieser Dimension innerhalb der Hochrisikogruppe, der auch inhaltlich durch die große Effektstärke an Bedeutung gewinnt. Eine Tendenz



zu Geschlechtsunterschieden wurde auch in der Dimension Vitalität ersichtlich, wieder in die Richtung, dass Frauen geringere Werte hatten als Männer.

Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern in den psychischen Dimensionen der SF-36 zeigte sich folglich auch beim psychischen Summscore der Skala. Frauen wiesen eine hochsignifikant schlechtere psychische g-LQ auf als Männer, dieser Unterschied war von mittelgroßer Effektstärke. Besonders deutlich wurde dieser geschlechtsspezifische Unterschied in der Hochrisikogruppe.

Die schlechtere psychische Verfassung der Frauen zeigte sich zusätzlich in den Ergebnissen des BDI. Frauen hatten höhere Depressionswerte als Männer, wobei die Werte beider Geschlechter diagnostisch unauffällig blieben. Die Hochrisikogruppe zeigte sich depressiver als die Gruppe mit dem etwas riskanten Alkoholkonsum, dieser Unterschied war nicht signifikant, wies aber einen mittleren Effekt auf. Wie auch bei O'Donnell et al. (2006) zeigten sich Frauen depressiver als Männer und waren in der schweren Trinkerkategorie weniger häufig vertreten. Jedoch gab es in der vorliegenden Stichprobe keine auffälligen Werte im BDI, was erstaunlich ist, bedenkt man, dass Baving und Olbrich (1996) von Prävalenzraten zwischen 30% und 71% für eine depressive Störung bei Alkoholabhängigen ausgehen. Die Unterrepräsentation von Depressiven in dieser Studie könnte neben anderem eine Erklärung dafür sein, dass keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Depressivität und keine Tendenz zu einem u-förmigen Zusammenhang zwischen Depression und Alkoholismus gefunden werden konnte, von dem beispielsweise Alati et al. (2004) oder O'Donnell et al. (2006) berichteten.

Auch die laut Uhl et al. (2005) plausibelste Erklärung für den u-förmigen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Depression, die Selbstschutz- bzw. Selbstmedikationshypothese, wonach Personen, die psychisch krank sind, entweder aus Selbstschutz gar keinen Alkohol oder im Sinne von Selbstmedikation viel konsumieren, konnte anhand dieser Studie ohne Probanden mit auffälligen Depressionswerten nicht gezeigt werden. Die fehlenden depressiven Probanden könnten auch mit eine Ursache gewesen sein, weshalb keine deutlicheren Unterschiede zwischen den unterschiedlichen

Alkoholkonsumgruppen hinsichtlich der g-LQ sichtbar wurden. Da Depressivität zumeist auch mit einer schlechteren g-LQ zusammenhängt (Chan et al., 2009; Ravindran et al., 2002; Reed et al., 2009; Saarni et al., 2007), kann man davon ausgehen, dass wenn das Ausmaß der Depressivität in dieser Studie höher gewesen wäre und die betroffenen Personen nach der Selbstschutz- bzw. Selbstmedikationshypothese nach Uhl et al. (2005) hauptsächlich der fastabstinenten Gruppe oder der Hochrisikogruppe zugeteilt worden wären, sich vermehrt Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich g-LQ gezeigt hätten.

Tatsache ist, dass in dieser Studie keine Unterschiede bezüglich der g-LQ und der Depressivität zwischen den Fastabstinenten und den Alkoholkonsumenten, die einen mäßig riskanten Alkoholkonsum aufweisen, festgestellt werden konnten. Zwar war der Mittelwert der Fastabstinenten zumeist etwas geringer als der der etwas riskanten Konsumgruppe, aber es gab weder statistische noch inhaltlich bedeutsame Ergebnisse.

Strangers et al. (2006) konnten nachweisen, dass Personen, die Alkohol konsumieren, eine bessere physische g-LQ angaben als Abstinente oder ehemalige Trinker. Eine weitere Studie von Baumeister et al. (2006) zeigte einen negativen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Diese Ergebnisse konnten im Rahmen der vorliegenden Studie nicht repliziert werden, ganz im Gegenteil. Personen mit hohem Alkoholkonsum bewerteten ihre physische Verfassung schlechter als Fastabstinente oder als Personen mit einem mäßig riskanten Alkoholkonsum, während sich diese beiden Gruppen nicht hinsichtlich der physischen g-LQ unterschieden.

Vahtera et al. (2002) kamen zu dem Ergebnis, dass Abstinente und Personen mit hohem Alkoholkonsum mehr krankheitsbedingte Ausfälle in der Arbeitstätigkeit hatten als mäßige Trinker. Das passt teilweise zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Übereinstimmend mit Vahtera et al. (2002) hatte die Hochrisikogruppe die schlechteste physische g-LQ, allerdings hatten die Fastabstinenten eine gleich gute physische g-LQ wie die mäßig riskante Alkoholkonsumgruppe.

An sich ist das Ergebnis, dass Personen mit einem hochriskanten Alkoholkonsum eine geringere physische g-LQ aufweisen, nicht weiter verwunderlich, wenn man die körperlichen Folgeerscheinungen bedenkt, die langjähriger chronischer Alkoholkonsum bewirken kann. Springer (2007) betont die Belastung des Alkoholkonsums für die Leber, die Organe des Bauch- und Verdauungstraktes und das Herz, wodurch die Lebenserwartung drastisch verringert wird. Bühringer et al. (2000, zitiert nach Uhl & Kobra, 2004) sprechen bei männlichen Alkoholikern von einer um 17 Jahre geringeren Lebenserwartung und bei weiblichen Alkoholikerinnen von einer um 20 Jahre geringeren Lebenserwartung als bei der Gesamtbevölkerung.

Van Dijk et al. (2004) konnten einen j-förmigen Zusammenhang in allen SF-36-Skalen dahingehend zeigen, dass mäßige und schwere Alkoholkonsumenten eine bessere physische und psychische g-LQ hatten als Abstinente. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen damit keine Übereinstimmung. Die Hochrisikogruppe hatte eine schlechtere physische und psychische g-LQ als die Fastabstinenten und als die Personen mit einem mäßig riskanten Alkoholkonsum. Das bedeutet, der j-förmige Zusammenhang verhielt sich genau umgekehrt im Vergleich zur Studie von Van Dijk et al. (2004). Das könnte damit zusammenhängen, dass die Probanden dieser Studie im Gegensatz zu den Probanden von Van Dijk et al. (2004) bereits einen längerfristigen gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum betrieben hatten, weshalb langfristige Folgen schon spürbar sind.

Allgemein muss betont werden, dass sich die Vergleichbarkeit der Studien in Grenzen hält, da die Einteilung in Alkoholkonsumgruppen auf unterschiedliche Art und Weise vorgenommen wird und auch die Definition von Abstinenten, mäßigen Trinkern und schweren Trinkern variiert. Diese Punkte können aber die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse nicht vollkommen erklären.

Hinsichtlich der im Theorieteil zitierten Forschungsergebnisse besteht der größte Unterschied der vorliegenden Studie dahingehend, dass keine Unterschiede zwischen den Fastabstinenten und der Gruppe mit dem mäßig riskanten Alkoholkonsum gezeigt werden konnten. Zusätzlich gab es zwischen der Hochrisikogruppe und den anderen beiden Gruppen zumeist nur tendenzielle

Unterschiede, die nicht statistisch signifikant waren. Die fehlenden signifikanten Ergebnisse der Studie sind mit großer Wahrscheinlichkeit auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen. Die Hochrisikogruppe bestand aus lediglich 15 Probanden, und die Gruppe mit dem mäßig riskanten Alkoholkonsum beinhaltete auch nur 30 Probanden. Anhand der Effektstärken ist ersichtlich, dass relevante Unterschiede bezüglich der g-LQ vorhanden waren, die mit größeren Teilstichproben vermutlich auch statistisch signifikant geworden wären.

Ein weiteres Ziel der Studie war es, Variablen ausfindig zu machen, die eine Unterscheidung zwischen hochriskantem bzw. geringem Risiko für Alkoholabhängigkeit vorhersagen können. Das ist für die Praxis von Bedeutung, da mit diesem Wissen auffällige Personen ausfindig gemacht und präventiv eingegriffen werden könnte. Auf diese Weise würde man einer Entwicklung von Alkoholabhängigkeit entgegen wirken, bevor sie überhaupt entsteht.

Es zeigte sich, dass Männer eher dazu neigen, Alkohol im gesundheitsschädigenden Ausmaß zu konsumieren als Frauen. Das deckt sich auch mit den Lebenszeitprävalenzraten von Alkoholabhängigkeit. Diese liegen laut Uhl et al. (2005) für Männer bei 14% und für Frauen bei 6%. Weitere Prädiktoren für einen hochriskanten Alkoholkonsum in der vorliegenden Studie waren eine niedrige psychische g-LQ, hoher Zigarettenkonsum und viele enge Freunde. Die vielen engen Freunde mögen in diesem Zusammenhang überraschen, es könnte aber damit zusammenhängen, dass viel in Gesellschaft getrunken wird und die „Saufkumpanen“ als enge Freunde bezeichnet wurden.

Mit Hilfe der genannten Prädiktoren konnten insgesamt 88,9% der Stichprobe der richtigen Gruppe zugeordnet werden. Wie erwähnt wäre für die Praxis jedoch wichtig, Personen der Hochrisikogruppe richtig zuzuordnen, was hier aber leider nur bei 33,3% gelungen ist. Stattdessen konnten die Probanden der Gruppe mit dem unbedeutenden Risiko zu 98,8% richtig zugeteilt werden. Das bedeutet, dass Frau sein, eine gute psychische g-LQ, wenig enge Freunde und ein geringer Zigarettenkonsum für das Risiko, abhängig zu werden, schützend wirkt.

Zusätzlich wurden auch Prädiktoren für die Unterscheidung zwischen einer hohen bzw. niedrigen g-LQ gesucht.

Prädiktoren für eine hohe physische g-LQ in der untersuchten Population sind Übernahme von Eigenverantwortung, kein Zigarettenkonsum und keine Depressivität. Damit konnten 80,9% der Gruppe richtig zugeteilt werden. Die richtige Zuordnung zur Gruppe mit einer niedrigen physischen g-LQ anhand einer geringen Übernahme von Eigenverantwortung, höheren Zigarettenkonsum und höherer Depressionswerte, verlief nicht so gut, sie lag bei 65,2%.

Für eine hohe psychische g-LQ wurden die Prädiktoren niedrige Depressionswerte, höheres Alter, geringer Alkoholkonsum von vor einem Jahr, wenige Personen im selben Haushalt und eine kürzere Ausbildungszeit gefunden. Es konnten 84% der Gruppe mit der hohen psychischen g-LQ richtig zugeordnet werden. Für eine niedrige psychische g-LQ sprechen hohe Depressionswerte, jüngeres Alter, hoher früherer Alkoholkonsum, mehr Personen im selben Haushalt und eine längere Ausbildungszeit. Mit besagten Prädiktoren konnten 80,4% dieser Gruppe richtig vorhergesagt werden. Insgesamt lag die korrekte Zuteilung beider Gruppe bei 82%.

Ravindran et al. (2002) konnten in einer Studie zeigen, dass Depressive Einbußen hinsichtlich der g-LQ haben, und Rudolf (2000) wies darauf hin, dass eine Verminderung der depressiven Symptomatik im Rahmen einer Therapie mit einem Anstieg der subjektiven LQ einhergeht. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Reed et al. (2009) und auch Chan et al. (2009). Im Laufe einer Therapie stieg mit Abklingen der Depressivität die g-LQ. Eine weitere Studie identifizierte bei ehemaligen stationären psychiatrischen Patienten unter anderem einen geringeren Grad an depressiven Symptomen als Prädiktor für eine hohe LQ (Sullivan et al., 1992, zitiert nach Bullinger, 1998). Man kann also davon ausgehen, dass Depressivität einen wichtigen Prädiktor für die physische und psychische g-LQ darstellt, wie es sich auch in der vorliegenden Studie herausstellte.

Es konnte allerdings nicht gezeigt werden, dass der Schweregrad des aktuellen Alkoholkonsums ein Prädiktor für g-LQ ist. Jedoch stellte der Alkoholkonsum von vor einem Jahr einen signifikanten Prädiktor dar, eventuell deshalb, weil es die Langzeitfolgen von starkem Alkoholkonsum sind, die sich negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. Weshalb allerdings jüngeres Alter, mehr Personen im selben Haushalt und eine längere Ausbildungszeit Prädiktoren für eine geringe psychische g-LQ sein sollen, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht geklärt werden. Eventuell wohnen jüngere Personen vermehrt noch zuhause mit Eltern und Geschwistern, was bedeuten kann, dass es Stresssituationen und Streitigkeiten im Zusammenleben gibt, die sich negativ auf die psychische g-LQ auswirken. Die Aussage des Items Ausbildungszeit ist fraglich, da die Eindeutigkeit, ab wann diese anzugeben ist, für die Probanden nicht vorhanden war und es deshalb zu differenten Antworten kam.

Eine weitere Fragestellung dieser Studie war es, Unterschiede zwischen den Alkoholkonsumgruppen bezüglich der existentiellen Erfüllung zu prüfen.

In den Subskalen der ESK konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlich hohem Alkoholismusrisiko gefunden werden. Lediglich in der Dimension Selbst-Transzendenz zeigte sich ein tendenzieller Unterschied zwischen der Hochrisikogruppe und der nicht riskanten Alkoholkonsumgruppe. Allerdings gab es tendenziell signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den Subskalen Selbst-Distanziertheit, Selbst-Transzendenz und Verantwortung. Frauen gaben in diesen Subskalen geringere Werte an als Männer.

Bezüglich des Superfaktors Persönlichkeit zeigten sich signifikante Unterschiede von kleiner Effektstärke zwischen der Hochrisikogruppe und den beiden anderen Gruppen mit mäßigem bzw. nicht riskantem Alkoholkonsum dahingehend, dass die Hochrisikogruppe eine geringere Weltoffenheit aufwies. Ebenso gab es Unterschiede von mittleren Effektstärken in dieselbe Richtung zwischen der Hochrisikogruppe und den beiden anderen Gruppen den Superfaktor Existentialität betreffend.

Letztlich wiesen Personen, die im gesundheitsschädigenden Ausmaß Alkohol konsumierten, eine signifikant geringere existentielle Erfüllung als Personen mit nicht riskantem und eine tendenziell geringere existentielle Erfüllung als Personen mit mäßig riskantem Alkoholkonsum auf. Beide Unterschiede sind inhaltlich relevant mit mittelgroßen Effektstärken.

Hinsichtlich des Geschlechtsunterschiedes gab es eindeutige Ergebnisse. Frauen zeigten signifikant geringere Werte in beiden Superfaktoren sowie im Gesamtmaß Existentielle Erfüllung. Besonders groß war der Geschlechtsunterschied innerhalb der Hochrisikogruppe, die Wechselwirkung wurde aber kaum signifikant aufgrund der geringeren Teilstichprobengrößen.

Dieses Ergebnis bezüglich der geringeren existentiellen Erfüllung der Hochrisikogruppe stimmt mit einer Studie von Landabou et al. (2001) überein, die zeigen konnten, dass drogenabhängige Personen verglichen mit der Normstichprobe Einschränkungen hinsichtlich der Sinnerfüllung aufweisen. Zusätzlich kam diese Studie zu dem Ergebnis, dass auch depressive Menschen Einschränkungen der Sinnerfülltheit betreffend im Vergleich mit der Norm haben. Das bedeutet, dass eventuell der Mangel an depressiven Personen in der vorliegenden Studie auch erklärt, weshalb sich die Alkoholkonsumgruppen mit mäßig riskantem und nicht riskantem Alkoholkonsum in der existentiellen Erfüllung nicht unterscheiden, wenn man weiterhin von der Selbstschutz- bzw. Selbstmedikationshypothese von Uhl (2005) ausgeht.

Rainer (1997) konnte nachweisen, dass Alkoholabhängige in allen vier Subdimensionen geringere Werte als die Normstichprobe aufwiesen. Dieses Ergebnis stimmt nicht mit der vorliegenden Studie überein. Hier konnte lediglich in der Subskala Selbst-Transzendenz ein tendenzieller Unterschied zwischen der Hochrisikogruppe und den Fastabstinenten gefunden werden, und dieser Unterschied ist, wie man an der Wechselwirkung sehen kann, durch die Frauen der Hochrisikogruppe bedingt. Zusätzlich waren bei Rainer (1997) geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend bemerkbar, dass Männer mit Ausnahme der Skala Verantwortung geringere Werte als die Frauen hatten. In dieser Arbeit zeigten sich in allen Subskalen mit Ausnahme der Subskala Freiheit

tendenzielle Geschlechtsunterschiede in die Richtung, dass Frauen die geringeren Werte hatten. Noch deutlicher wird dieser Geschlechtsunterschied in den Superfaktoren und im Gesamtmaß.

In einer weiteren Studie von Konkoly Thege (2006) hatten Problemtrinker und Abstinente eine geringere Sinnerfülltheit als mäßige Trinker. Wie auch schon bei den Variablen Depressivität und g-LQ konnten auch im Bezug auf die Sinnerfülltheit im Rahmen der vorliegenden Studie keine Unterschiede zwischen den Fastabstinenten und den mäßig Gefährdeten aufgezeigt werden.

Werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie insgesamt betrachtet, so sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen auffällig. In sämtlichen psychischen Dimensionen der SF-36 sowie in den Dimensionen der ESK und im BDI haben Frauen geringere Werte als Männer, besonders deutlich sind diese Unterschiede in der Hochrisikogruppe ausgeprägt. Scheinbar sind Frauen mit hochriskantem Alkoholkonsum dieser Stichprobe psychisch labiler als Männer derselben Gruppe. Das könnte daran liegen, dass Frauen häufiger von sekundärer Alkoholabhängigkeit betroffen sind als Männer (Hesselbrock et al., 1985; Schuckit & Winokur, 1972, beide zitiert nach Baving & Olbrich, 1996; Kessler et al., 1994, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004). Das bedeutet, dass Frauen eher zuerst eine depressive Symptomatik und danach eine Alkoholabhängigkeit entwickeln, im Gegensatz zu Männern. Zwar wurde im Rahmen dieser Studie keine klinisch auffällige depressive Symptomatik festgestellt, aber man könnte davon ableiten, dass Frauen eventuell, bevor sie zu Alkohol greifen, in einer schlechteren psychischen Verfassung sind als Männer, was sich in den geringeren Werten in sämtlichen psychischen Skalen niederschlägt. Da Kausalschlüsse aber nicht zulässig sind, könnte es auch genauso sein, dass Frauen aufgrund des übermäßigen Alkoholkonsums eher von psychischen Folgewirkungen betroffen sind und Männer dahingehend stabiler sind. Das könnte unter anderem mit einer höheren Kompatibilität von „Mann-sein“ und Alkohol in unserer Gesellschaft zusammenhängen.

Zusammengefasst kann man sagen, dass Personen, die Alkohol in einem gesundheitsschädigenden Ausmaß konsumieren, geringere physische und



psychische g-LQ, höhere Depressivität und geringere existentielle Erfüllung aufweisen als Personen, die weniger Alkohol konsumieren.

Allgemein müssen die Unterschiede zwischen der Hochrisikogruppe und den beiden anderen Gruppen etwas relativiert werden, da diese teilweise nur auf das extrem schlechte Abschneiden der drei Frauen in dieser kleinen Gruppe von nur 15 Probanden insgesamt zurückzuführen ist. Die Männer dieser Gruppe hatten zwar in vielen Dimensionen etwas geringere Werte, dieser Unterschied wäre aber in vielen Fällen weder statistisch noch inhaltlich bedeutsam geworden.

Frauen haben in den typisch psychischen Dimensionen wie Depressivität, existentielle Erfüllung und psychische g-LQ schlechtere Werte als Männer. Besonders beeinträchtigt waren Frauen der vorliegenden Stichprobe, die bereits Tendenzen in Richtung Alkoholabhängigkeit zeigten.

Es konnten die Prädiktoren Geschlecht, psychische g-LQ, Zigarettenkonsum und enge Freunde für hohes versus geringeres Alkoholismusrisiko gefunden werden. So wie für gute versus schlechte physische g-LQ die Prädiktoren Eigenverantwortung, Zigarettenkonsum und Depressivität und für gute versus schlechte psychische g-LQ die Prädiktoren Depressivität, Alter, früherer Alkoholkonsum, Personen im selben Haushalt und die Ausbildungszeit festgestellt wurden.



## 11 Kritik und Ausblick

In dieser Arbeit wurden die männlichen und weiblichen Probanden nach demselben Punkteschema des AUDIT in die Alkoholkonsumgruppen eingeteilt. Frauen vertragen jedoch geringere Mengen an Alkohol als Männer, und deshalb wäre es vielleicht besser gewesen, ein Testverfahren einzusetzen, das darauf Rücksicht nimmt. Das könnte einer der Gründe sein, weshalb die erwarteten Unterschiede nicht zwischen allen Alkoholkonsumgruppen gefunden wurden.

Weiters konnte die vom AUDIT vorgegebene Gruppenaufteilung in vier unterschiedliche Gruppen nicht vorgenommen werden, da die Stichprobe mit 102 Probanden viel zu klein dafür war. Das ist auf die begrenzte Zeit, die im Rahmen einer Diplomarbeit zu Verfügung steht, zurückzuführen. Aufgrund der geringen Teilstichprobengrößen wurden die beiden Gruppen mit dem riskantesten Alkoholkonsum zusammengelegt. Trotzdem waren die Gruppengrößen noch immer sehr klein und unterschiedlich, auch das Geschlecht war zwischen den Gruppen sehr ungleichmäßig verteilt. Deshalb war es teilweise nicht möglich, die geplanten parametrischen Verfahren anzuwenden, und es musste das Öfteren auf nonparametrische Verfahren zurückgegriffen werden. Zusätzlich wurden die Ergebnisse aufgrund der geringeren Teilstichproben auch weniger leicht statistisch signifikant.

Eine weitere Einschränkung hinsichtlich der Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse stellen die lediglich drei Frauen der Hochrisikogruppe dar. Dieses Problem hätte vielleicht durch eine größere Gesamtstichprobe oder ein anderes Testverfahren, wie oben schon erwähnt, automatisch beseitigt werden können, da dadurch mehr Frauen in diese Gruppe gekommen wären. Andererseits betonen Uhl et al. (2005), dass Frauen verhältnismäßig seltener alkoholabhängig werden als Männer. Deshalb ist es nachvollziehbar, dass sich die Hochrisikogruppe aus 12 Männern und nur drei Frauen zusammensetzte. Trotzdem können Ergebnisse, die hauptsächlich auf drei Probanden beruhen, nicht verallgemeinert werden.

Weiters wäre es besser gewesen, zusätzlich zu der Zufallstichprobe gezielt noch alkoholabhängige Patienten zu testen, um so die Gruppen- sowie Geschlechtsunterschiede ausgleichen zu können. Bereits Uhl und Kobra (2004) stellten fest, dass Alkoholabhängige wie auch andere Randgruppen in Zufallsstichproben immer unterproportional erfasst werden. Wie schon in der Diskussion erwähnt, wäre es deshalb auch von Vorteil gewesen, zusätzlich auch noch depressive Patienten mit einzubeziehen.

Weiters betonen Uhl und Kobra (2004), dass mittels Umfragemethode nur 38% des eigentlichen Alkoholkonsums erfasst werden, was bedeutet, dass eine rechnerische Korrektur der Angaben eventuell mehr Ergebnisse gebracht hätte.

Zusätzlich sind die Alkoholangaben im AUDIT nicht typisch österreichisch. Ein Glas Alkohol wird als ein kleines Bier (0,3 l) oder ein „Achterl“ Wein definiert. Viele Probanden stellten nach der Abgabe des Fragebogens fest, dass sie das überlesen haben und von einem Krügerl (0,5 l) Bier oder einem „Vierterl“ Wein ausgegangen sind. Damit sind die Alkoholkonsummengen schon deutlich verfälscht, zusätzlich beeinflussen „Vergessensfehler“ und „Underreporting Fehler“ die angegebene Menge (Uhl & Kobra, 2004). Nicht zu vergessen, dass die erhobenen Variablen wie Alkoholkonsum und Depressivität sehr intime Bereiche darstellen, was ein sozial erwünschtes Antwortverhalten begünstigt.

Betreffend die Gruppeneinteilung wäre es vielleicht von Vorteil gewesen, wenn es eine vollabstinente Gruppe neben der Gruppe mit dem nicht riskanten Alkoholkonsum gegeben hätte. Vielleicht ist das auch mit einer der Gründe, warum zwischen den Fastabstinenten und den Personen mit dem etwas riskanten Alkoholkonsum keine Unterschiede gefunden wurden. In den meisten Studien, die sich mit Alkoholismus auseinandersetzten, gab es eine vollabstinente Gruppe, die dann oft ähnlich schlechte Werte wie die Alkoholabhängigen aufwiesen. Das sind genau die Unterschiede, die in der vorliegenden Studie nicht gezeigt werden konnten.

Eventuell hätte man auch die Erhebungssituation einheitlicher gestalten sollen. Es wurden an unterschiedlichen Orten unterschiedlich große Stichproben getestet.

Zusätzlich gab es zwei unterschiedliche Testleiterinnen, die vielleicht auch unterschiedliche Bedingungen geschaffen hatten.

Es könnte auch sein, dass eine etwas ältere Stichprobe eindeutiger Ergebnisse gebracht hätte, wenn man bedenkt, dass Alkohol gerade in einer Gesellschaft wie Österreich sehr lange in hohem Ausmaß genossen werden kann, ohne soziale Folgen zu haben, die sich später psychisch auswirken könnten und sich vielleicht anhand der erhobenen Depressivität oder in der existentiellen Erfüllung ausgewirkt hätten. Auch die körperlichen Langzeitfolgen werden erst nach einiger Zeit spürbar. Es könnte sein, dass ältere Personen bereits länger Alkohol konsumieren und mehr von den Langzeitfolgen des Alkoholismus betroffen sind.

Trotz einiger Einschränkungen konnte im Rahmen dieser Studie gezeigt werden, dass Personen, die Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß konsumieren, Einbußen hinsichtlich g-LQ, Depressivität und existentieller Erfüllung aufweisen. Zusätzlich konnten signifikante Prädiktoren für ein hohes versus geringeres Alkoholismusrisiko sowie für gute versus schlechte g-LQ gefunden werden. Auch konnten in allen Variablen Geschlechtsunterschiede festgestellt werden, die am auffälligsten bei Personen waren, die bereits Tendenzen in Richtung Alkoholabhängigkeit zeigten.

Zukünftige Studien sollten auf eine ausreichend große Stichprobe achten, eine geschlechtsspezifische Alkoholkonsumgruppeneinteilung vornehmen und die Alkoholangaben an das jeweilige Erhebungsland anpassen. Zusätzlich wäre es auch interessant, mehrere Altersklassen zu erheben, um sicherzustellen, dass die Langzeitfolgen erhoben werden können. Weiters wäre es von Vorteil, in eine Zufallsstichprobe gezielt Alkoholabhängige mit einzubeziehen, damit diese Gruppe nicht unterrepräsentiert ist. Zusätzlich wäre es zu empfehlen, auch eine Vollabstinentengruppe für die Gruppenvergleiche zu haben. Hauptaugenmerk sollte in zukünftigen Untersuchungen auf Geschlechtsunterschiede gelegt werden. Besonders darauf, ob die geschlechtsspezifischen Unterschiede mit wachsendem Alkoholkonsum ansteigen, was bedeuten könnte, dass Frauen von psychischen Folgewirkungen des Alkoholismus stärker betroffen sind als Männer.



## 12 Zusammenfassung

Alkohol ist als Volksdroge Nummer eins in Österreich aus dem gesellschaftlichen Leben nicht wegzudenken. Österreichs Trinkverhalten wird als integrativ bezeichnet, was bedeutet, dass es kaum völlig alkoholabstinent lebende Personen gibt und der Durchschnittskonsum hoch ist. Die Akzeptanz und Toleranz hinsichtlich Alkohol ist groß, trotzdem schafft es nicht jeder, sein Trinkverhalten auf Dauer zu kontrollieren. Ca. 11% der Bevölkerung betreiben einen problematischen Alkoholkonsum, und 5% sind alkoholabhängig (Uhl et al., 2005).

Primäres Ziel dieser Arbeit war es, anhand einer Zufallsstichprobe Unterschiede zwischen Personen mit einem unterschiedlich großen Alkoholkonsum bezüglich Depressivität, existentieller Erfüllung und g-LQ zu überprüfen. Als sehr interessant wurde der Vergleich von Personengruppen, die nicht diagnostisch auffällig waren, eingestuft, um zu sehen, wie sich der unterschiedlich hohe Konsum noch vor einer Abhängigkeit auswirkt. Zusätzlich wurden geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Weiters wurden Prädiktoren für einen wenig riskanten bzw. hochriskanten Alkoholkonsum wie auch für eine niedrige bzw. hohe g-LQ gesucht.

Es wurden 102 Probanden untersucht, die in drei Gruppen mit nicht riskantem ( $n=57$ ), mäßig riskantem ( $n=30$ ) und hochriskantem ( $n=15$ ) Alkoholkonsum eingeteilt wurden. Es nahmen 48 Frauen und 54 Männer an der Studie teil, das Durchschnittsalter betrug 33,61 Jahre ( $SD=12,22$ ).

Die Ergebnisse zeigten, dass Personen, die einen hochriskanten Alkoholkonsum betreiben, schlechtere physische und psychische g-LQ aufwiesen als die beiden anderen Gruppen mit geringerem Alkoholkonsum. Es konnten Unterschiede in den Subskalen Körperliche Rollenfunktion, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung und Psychisches Wohlbefinden gefunden werden. Die Gruppenunterschiede waren zumeist nur tendenziell signifikant, wiesen aber inhaltliche Bedeutsamkeit auf.

Zusätzlich machten sich in drei der vier psychischen Subdimensionen der SF-36 Geschlechtsunterschiede bemerkbar. Männer hatten eine höhere Vitalität, eine bessere soziale Funktionsfähigkeit sowie ein besseres psychisches Wohlbefinden als Frauen. Insgesamt wurde bei den Frauen eine hochsignifikant schlechtere psychische g-LQ als bei den Männern festgestellt.

Dieser Geschlechtsunterschied zeigte sich auch in den Ergebnissen des BDI. Frauen hatten höhere Depressionswerte als Männer, wobei die Werte beider Geschlechter diagnostisch unauffällig blieben. Betreffend Depressivität gab es auch einen tendenziellen Unterschied zwischen der Hochrisikogruppe und der Gruppe mit dem mäßig riskanten Alkoholkonsum in die Richtung, dass sich die Hochrisikogruppe als depressiver erwies.

Auch im Zusammenhang mit der existentiellen Erfüllung wurden ähnliche Ergebnisse festgestellt. Die Hochrisikogruppe unterschied sich tendenziell von der nicht riskanten und der mäßig riskanten Alkoholkonsumgruppe. In beiden Fällen wies der Unterschied eine mittlere Effektstärke auf. Die Hochrisikogruppe hatte eine geringere existentielle Erfüllung als die übrigen beiden Gruppen.

In der ESK zeigten sich ebenso deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in allen Skalen mit Ausnahme der Subskala Freiheit. Wie zuvor erwähnt hatten auch in diesen Dimensionen Frauen geringere Werte als Männer.

Anhand der Regressionsanalysen zeigte sich, dass Männer ein höheres Risiko als Frauen haben, im gesundheitsgefährdenden Ausmaß Alkohol zu konsumieren. Weitere Prädiktoren für einen hochriskanten Konsum waren niedrige psychische g-LQ, hoher Zigarettenkonsum und viele enge Freunde.

Weiters wurden die Prädiktoren geringe Übernahme von Eigenverantwortung, hoher Zigarettenkonsum und höhere Depressionswerte für niedrige physische g-LQ ausfindig gemacht. Für niedrige psychische g-LQ sprechen hohe Depressionswerte, jüngeres Alter, hoher früherer Alkoholkonsum, mehr Personen im selben Haushalt und eine längere Ausbildungszeit.



Im Rahmen dieser Studie konnte nicht gezeigt werden, dass sich Personen, die fastabstinent sind, von Personen mit einem mäßig riskanten Alkoholkonsum unterscheiden. Sämtliche gefundene Unterschiede zwischen den Gruppen sind auf Unterschiede zwischen der Hochrisikogruppe und den beiden Gruppen mit geringerem Alkoholkonsum zurückzuführen. Anhand der erhobenen Effektstärken und bei Betrachtung der Mittelwertsunterschiede kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es inhaltlich relevante Unterschiede sind, die nur aufgrund der schiefen Stichprobenverteilung rechnerisch nicht signifikant wurden.

Zusätzlich konnten Unterschiede zwischen Männern und Frauen ausfindig gemacht werden, die sich besonders deutlich in der Gruppe mit dem hochriskanten Alkoholkonsum zeigte.



## 13 Abstract

Diese Studie untersuchte Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlich hohem Alkoholkonsum bezüglich des Ausmaßes der Depressivität, der existentiellen Erfüllung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dafür wurde eine Zufallsstichprobe von 102 Probanden rekrutiert, die mittels des Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT) in drei Gruppen mit nicht riskantem, mäßig riskantem und sehr riskantem Alkoholkonsum eingeteilt wurden. Es zeigten sich teils signifikante, teils tendenzielle, in der Regel aber inhaltlich relevante Unterschiede beim Vergleich der Hochrisikogruppe mit den beiden anderen Gruppen hinsichtlich der g-LQ, der Depressivität und der existentiellen Erfüllung. Die Hochrisikogruppe wies jeweils schlechtere Werte als die beiden anderen Gruppen mit geringerem Alkoholkonsum auf. Zusätzlich wurden Geschlechtsunterschiede in der psychischen g-LQ, in der Depressivität sowie in der existentiellen Erfüllung gefunden. Zwischen den Alkoholgruppen, die im nicht riskanten oder wenig riskanten Ausmaß Alkohol konsumierten, konnten diesbezüglich keine Unterschiede festgestellt werden. Kritisch erwiesen sich vor allem die Ergebnisse der Frauen, die der Hochrisikogruppe zugeordnet wurden.



# Literaturverzeichnis

- Alati, R., Kinner, S., Naman, J. M., Fowler, G., Watt, K. & Green, D. (2004). Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. *Alcohol and Alcoholism*, 39 (5), 463-469.
- Arend, H. (1999). *Alkoholismus. Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C, Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test*. (Second Edition). Geneva: WHO.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Batthyány, A. (2006). "Immer schon war die Person am Werk". Viktor E. Frankls Weg zur Logotherapie und Existenzanalyse. In O. Wiesmayr & A. Batthyány (Hrsg.), *Sinn und Person. Beiträge zur Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl* (S. 10-35). Weinheim: Beltz.
- Baumeister, S. E., Meyer, C., Carreon, D., Freyer, J., Rumpf, H.-J., Hapke, U., John, U. & Alte, D. (2006). Alcohol consumption and health-services utilization in Germany. *Journal of Studies on Alcohol*, 67 (3), 429-435.
- Baving, L. & Olbrich, H. (1996). Alcoholism and depression. *European Addiction Research*, 2, 29-35.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.

- Beiglböck, W. (2005). Problematischer Alkoholkonsum. In Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Hrsg.), *Vorsorgeuntersuchung neu. Wissenschaftliche Grundlagen* (S. 55-56). [online]. URL: <http://www.svb.at/mediaDB/98985.PDF> [9.12.08].
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. & Rehn, N. (2003). International comparison of alcohol consumption. *Alcohol Research and Health*, 27 (1), 95-109.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Bullinger, M. (1997). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (S. 1-6). Stuttgart: Schattauer.
- Bullinger, M. (1998). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. In W. Dür & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Qualität in der Gesundheitsförderung* (S. 41-74). Wien: Fakultas.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist und U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006). *Alkoholkonsum in Österreich – Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. [online]. URL: <http://www.api.or.at/lbi/pdf/06%20factsheet%20alkohol.pdf> [15.10.08]
- Calman, K. C. (1987). Definition and dimensions of quality of life. In N. K. Aronson, J. Beckman, J. Bernheim & R. Zittoun (Eds.), *The Quality of Life of Cancer Patients* (pp. 1-9). New York: Raven Press.
- Chan, S., Chiu, H., Chien, W., Goggins, W., Thompson, D., Lam, L. & Hong, B. (2009). Predicting changes in the health quality of life of Chinese depressed older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (1), 41-47.
- Currie, S. R., Patten, S. B., Williams, J. V. A., Wang, J., Beck, C. A., El-Guebaly, N. & Maxwell, C. (2005). Comorbidity of major depression with substance use disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (10), 660-666.
- Demyttenaere, K., De Fruyt, J. & Huygens, R. (2002). Measuring quality of life in depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 89-92.
- Dittrich, I., Haller, R. & Hinterhuber, H. (2006). Alkoholismus und Depression. *Neuropsychiatrie*, 20 (4), 232-239.
- Frankl, V. E. (1998a). Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In V. E. Frankl (Hrsg.), *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten* (S. 59-185). Weinheim: Beltz. [Original 1959]
- Frankl, V. E. (1998b). Hunger nach Brot – und Hunger nach Sinn. In V. E. Frankl (Hrsg.), *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten* (S. 259-264). Weinheim: Beltz. [Original 1985]
- Frankl, V. E. (2005). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. München: Piper.

- Gaziano, J. M., Burning, J. E., Breslow, J. L., Goldhaber, S. Z., Rosner, B., VanDenburgh, M., Willett, W. & Hennekens, C. H. (1993). Moderate alcohol intake, increased levels of high-density Lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 329 (25), 1829-1834.
- Gruner, L. (1984). Heroin, hashish and Hallelujah: the search for meaning. *Review of Religious Research*, 26 (2), 176-186.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2001). *BDI. Beck-Depressions-Inventar*. Bern: Huber.
- Hesselbrock, M. N., Meyer, R. E. & Keener, J. K. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050-1055.
- Hilge, T. & Schwoon, D.R. (1990). Trinkmotive und Therapiemotivation. *Suchtgefahren*, 38, 111-119.
- Höwler, E. (2000). *Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege*. Hagen: Kunz.
- Hunt, S. M., McEwan, J. & McKenna, S. P. (1986). *Nottingham Health Profile (NHP)*. [online]. In Datenbank PSYNDEXplus Tests 1945-2008/11. URL: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F6A726F35662E66767969726563796E676772652E70627A++/webspirs/start.ws?customer=c85306&language=de&databases=PSYT> [5.11.08]



- Hurrelmann, K. & Bründel H. (1997). *Drogengebrauch – Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Köhler, T. (1999). *Biologische Grundlagen psychischer Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Konkoly Thege, B. (2006). Die Beziehung zwischen existentieller Frustration und gesundheitsschädlichem Verhalten. *Existenzanalyse*, 23 (1), 68-72.
- Kryspin-Exner, I. (2005). Substanzinduzierte Störungen: Alkoholismus. In I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Klinische Psychologie II* (S. 64-70). Wien: Facultas.
- Längle, A. (1997). Das Ja zum Leben finden. Existenzanalyse und Logotherapie in der Suchtkrankenhilfe. In A. Längle & C. Probst (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten* (S. 13-32). Wien: Universitätsverlag.
- Längle, A., Görtz, A., Rauch, J., Jarosik, H. & Haller, R. (2000). Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. *Existenzanalyse*, 17 (3), 17-29.
- Längle, A. & Holzhey-Kunz, A. (2008). *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: Facultas.

- Längle, A., Orgler, C. & Kundi, M. (2000). *ESK. Existenz-Skala*. Göttingen: Beltz.
- Landaboure, N., Martin, B. L., Kazmierzak, A., Fraisse, M & Toscani, J. (2001). Das existentielle Vakuum als pathologischer Faktor in den wichtigsten psychischen Erkrankungen unserer Zeit. *Existenzanalyse*, 18 (1), 46-48.
- Lipton, R. I. (1994). The effect of moderate alcohol use on the relationship between stress and depression. *American Journal of Public Health*, 84 (12), 1913-1917.
- Lonnqvist, J., Sintonen, H., Syvalathi, E., Appelberg, B., Koskinen, T., Mannikko, T., Mehtonen, O. P., Naarala, M., Sihvo, S. & Auvinen, J. (1994). Antidepressant efficacy and quality of life in depression: a double blind study with moclobemide and fluoxetine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 363-369.
- Mackinger, H. (2005). Affektive Störungen (AS). In I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Klinische Psychologie II*. Wien: Facultas.
- Marmot, M.G., North, F., Feeney, A. & Head, J. (1993). Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction*, 88, 369-382.
- McLachlan, J. F. C., Walderman, R. L., Birchmore, D. F. & Marsden, L. R. (1979). Self evaluation role satisfaction and anxiety in the woman alcoholic. *International Journal of the Addictions*, 14, 809-832.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2008). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9 (3), 40-45.
- Moran, P. W. & Lambert, M. J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M. J. Lambert, E. R. Christensen & S. S. DeJulio (Eds.), *The Assessment of Psychotherapy Outcome*. New York: Wiley.

- Najman, J. M. & Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technology on quality of life: a review and critique. *Social Science & Medicine*, 15F, 107-115.
- Noblejas de la Flor, M. (1997). Meaning levels and drug-abuse therapy: an empirical study. *The International Forum for Logotherapy*, 20 (1), 46-52.
- O'Donnell, K., Wardle, J., Dantzer, C. & Steptoe, A. (2006). Alcohol consumption and symptoms of depression in young adults from 20 countries. *Journal of Studies on Alcohol*, 67 (6), 837-840.
- Patrick, D. L. & Erickson, P. (1992). *Health Status and Health Policy*. New York: Oxford University Press.
- Propping, P. (1983). Genetische Aspekte des Alkoholismus. In D. J. Lettieri (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen* (S. 311-322). Weinheim: Beltz.
- Raimo, E. & Schuckit, M. (1998). Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 933-946.
- Rainer, M. (1997). Die existentielle Seite der Alkoholkrankheit. Eine existenzanalytische Untersuchung an Alkoholkranken. In A. Längle & C. Probst (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten* (S. 39-50). Wien: Universitätsverlag.
- Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z. & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71, 121-130.

- Reed, C., Monz, B. U., Perahia, D. G., Gandhi, P., Bauer, M., Dantchev, N., Demyttenaere, K., Garcia-Cebrian, A., Grassi, L., Quail, D., Tylee, A. & Montejo, A. L. (2009). Quality of life outcomes among patients with depression after six months of starting treatment: results from FINDER. *Journal of Affective Disorders*, 113 (3), 296-302.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goldwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2608.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. & Klapp, B. F. (2000). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der „allgemeinen“ Lebensqualität? In M. Bullinger, J. Siegrist und U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive*. (206-221). Göttingen: Hogrefe.
- Rudolf, H. (2000). Lebensqualität: Differenzierungs- und Veränderungsmerkmal in der psychiatrischen Forschung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und - soziologischer Perspektive* (S. 110-122). Göttingen: Hogrefe.
- Rudolf, H., Bommer, I. & Priebe, S. (1996). Alkoholabhängige Frauen nach der körperlichen Entgiftung – Wie bewerten sie ihre Lebenssituation? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 19, 47-53.
- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190, 326-332.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe.

- Schandry, R. & Duschek, S. (2003). *Fragebogen für Asthma-Patienten – Revidierte Fassung (FAP-R)*. [online]. In Datenbank PSYNDEXplus Tests 1945-2008/11. URL: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F6A726F35662E66767969726563796E676772652E70627A++/webspirs/start.ws?customer=c85306&language=de&databases=PSYT> [5.11.08].
- Schuckit, M. A. & Winokur, G. (1972). A short term follow-up on women alcoholics. *Diseases of the Nervous System*, 33, 672-678.
- Schwehm, H. (1994). Psychosoziale Aspekte von Sucht. In M. Novak, R. Schiffman & R. Brinkmann (Hrsg.), *Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis* (S. 9-27). Stuttgart: Schattauer.
- Shaper, A.G., Wannamethee, G. & Walker, M. (1988). Alcohol and mortality in British men: explaining the u-shaped curve. *The Lancet*, 2 (8623), 1267-1273.
- Skogman, K., Alsén, M. & Ojehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide – a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 113–120.
- Smith, G. M. (1983). Wahrgenommene Effekte des Substanzgebrauchs. In D. J. Lettieri (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen* (S. 62-70). Weinheim: Beltz.
- Soyka, M. & Lieb, M. (2004). Depression und Alkoholabhängigkeit – Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 3, 37-46.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., deGruy, F. V., Brody, D. & Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 study. *The Journal of the American Medical Association*, 274, 1511-1517.

Springer, A. (2007). *Drogen und Drogenmissbrauch. Information zur Gesundheitsförderung*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.

Statistik Austria (2007). *Mehr gesunde Lebensjahre; Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck und Allergien bereiten die größten Probleme. Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007*. [online]. URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/gesundheit/025390](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/025390) [9.11.08].

Stosberg, M. (1994). Lebensqualität als Ziel und Problem moderner Medizin. In A. Bellebaum & K. Barheier (Hrsg.), *Lebensqualität. Ein Konzept für Praxis und Forschung* (S. 101-119). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Strangers, S., Notaro, J., Freudenheim, J. L., Calogero, R. M., Muti, P., Farinaro, E., Russel, M., Nochajski, T. H. & Trevisan, M. (2006). Alcohol drinking pattern and subjektive health in a population-based study. *Addiction*, 101, 1265-1276.

Sullivan, G., Wells, K. B. & Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 794-798.

Tölle, R. (2000). *Depressionen: Erkennen und behandeln*. München: C. H. Beck.

Uhl, A. & Kobra U. (2004). *Epidemiologie des Alkoholkonsums*. [online]. URL: [http://www.api.or.at/lbi/pdf/04%20epidemiologie%20des%20alkoholkonsums\\_auszug%20ucht%20und%20suchtbehandlung\\_brsoch.pdf](http://www.api.or.at/lbi/pdf/04%20epidemiologie%20des%20alkoholkonsums_auszug%20ucht%20und%20suchtbehandlung_brsoch.pdf) [15.10.08].

Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Kobra, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsberger, W. & Mader, R. (2002). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Euroangepasste und aktualisierte Internetversion Stand Jänner 2002*. [online]. URL: [http://www.api.or.at/akis/download/01\\_1hbao.pdf](http://www.api.or.at/akis/download/01_1hbao.pdf) [15.10.08].

- Uhl, A. & Springer, A. (1996). *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Repräsentativerhebung 1993/94.* [online]. URL: <http://www.api.or.at/lbi/pdf/studtxt.pdf> [17.10.08].
- Uhl, A., Springer, A., Kobra, U., Gnambs, T. & Pfarrhofer, D. (2005). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004, Bericht.* [online]. URL: [http://www.api.or.at/lbi/pdf/gps%20espad%2005/gps\\_bericht.pdf](http://www.api.or.at/lbi/pdf/gps%20espad%2005/gps_bericht.pdf) [23.9.08].
- Vahtera, J., Poikolainen, K., Kivimäki, M., Ala-Mursula, L. & Pentti, J. (2002). Alcohol intake and sickness absence: a curvilinear relation. *American Journal of Epidemiology*, 156 (10), 969-976.
- Van Dijk, A. P. H., Toet, J. & Verdumen, J. E. E. (2004). The relationship between health-related quality of life and two measures of alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 241-249.
- Wannamethee, G. & Shaper, A. G. (1988). Men who do not drink: a report from the British regional heart study. *International Journal of Epidemiology*, 17 (2), 307-316.
- Webservice der Stadt Wien. Wiener Jugendschutzgesetz (2002). [online]. URL: <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/s2800000.htm?S0=jugendschutzgesetz#P0> [21.10.08].
- Welsh, J. A., Buchsbaum, D. G. & Kaplan, C. B. (1993). Quality of life of alcoholics and nonalcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research*, 2, 335-340.
- Wittchen, H. U., Perkonig, A. & Reed, V. (1996). Comorbidity of mental disorders and substance disorders. *European Addiction Research*, 2, 36-47.

Yalom, I. D. (2005). *Existentielle Psychotherapie*. Bergisch Gladbach: EHP.

Zinberg, N. E. (1983). Soziale Kontrollmechanismen und soziales Lernen im Umfeld des Rauschmittelkonsums. In D. J. Lettieri (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen* (S. 256-266). Weinheim: Beltz.

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.



# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselspiel der Abhängigkeitsfaktoren. (S.12)

Abbildung 2: Foto von Viktor Frankl. (S.31)

<http://logotherapy.univie.ac.at/d/person.html>.

Abbildung 3: Altersverteilung in Klassen. (S. 63)

Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der höchsten abgeschlossenen Bildung.  
(S.63)

Abbildung 5: Gruppeneinteilung nach dem AUDIT. (S. 64)

Abbildung 6: Neue AUDIT-Gruppeneinteilung. (S. 64)

Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung Geschlecht zwischen den AUDIT-Gruppen.  
(S. 65)

Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der höchsten abgeschlossenen Bildung.  
(S. 67)

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung des Familienstandes. (S. 68)

Abbildung 10: Interaktionsdiagramm allg. Gesundheitswahrnehmung. (S. 75)

Abbildung 11: Interaktionsdiagramm Vitalität. (S. 76)

Abbildung 12: Interaktionsdiagramm Psychisches Wohlbefinden. (S. 78)

Abbildung 13: Mittelwerte Summenscore Physisch der AUDIT-Gruppen. (S. 79)

Abbildung 14: Interaktionsdiagramm Summenscore Psychisch. (S. 80)

Abbildung 15: Interaktionsdiagramm Selbst-Transzendenz. (S. 82)

Abbildung 16: Interaktionsdiagramm Verantwortung. (S. 84)

Abbildung 17: Interaktionsdiagramm Persönlichkeit. (S.85)

Abbildung 18: Interaktionsdiagramm Existentialität. (S.86)

Abbildung 19: Interaktionsdiagramm Existentielle Erfüllung. (S. 87)

Abbildung 19: Interaktionsdiagramm Depressivität. (S. 88)



# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alkoholkonsum in Österreich. (S.16)
Tabelle 2: AUDIT-Gruppeneinteilung. (S.53)
Tabelle 3: Deskriptivstatistik AUDIT-Gruppen. (S. 66)
Tabelle 4: Prozentuelle Verteilung der Alkoholkonsummotive. (S. 69)
Tabelle 5: Ergebnis t-Test Körperliche Funktionsfähigkeit/Geschlecht. (S. 72)
Tabelle 6: Ergebnis Kruskal-Wallis-Test Körperliche Rollenfunktion. (S. 73)
Tabelle 7: Ergebnisse Mann-Whintey-Testungen Körperliche Rollenfunktion. (S. 73)
Tabelle 8: Ergebnisse t-Test Körperliche Rollenfunktion/Geschlecht. (S. 73)
Tabelle 9: Ergebnisse VA allg. Gesundheitswahrnehmung. (S. 74)
Tabelle 10: Ergebnisse VA Vitalität. (S. 75)
Tabelle 11: Ergebnis t-Test Soziale Funktionsfähigkeit/Geschlecht. (S. 76)
Tabelle 12: Ergebnisse VA Psychisches Wohlbefinden. (S. 78)
Tabelle 13: Ergebnisse VA Summenscore Psychisch. (S. 80)
Tabelle 14: Ergebnisse VA Selbst-Distanzierung. (S. 81)
Tabelle 15: Ergebnisse VA Selbst-Transzendenz. (S. 82)
Tabelle 16: Ergebnisse VA Freiheit. (S.83)
Tabelle 17: Ergebnisse VA Verantwortung. (S.83)
Tabelle 18: Ergebnisse VA Persönlichkeit. (S. 84)
Tabelle 19: Ergebnisse VA Existentialität. (S.85)
Tabelle 20: Ergebnisse VA Existentielle Erfüllung. (S.87)
Tabelle 21: Ergebnisse VA Depressivität. (S. 88)
Tabelle 22: Regression Vorhersage Alkoholkonsum. (S. 89)
Tabelle 23: Prädiktoren Alkoholismusrisiko bei Schritt 5. (S. 90)
Tabelle 24: Regression Vorhersage physischer g-LQ. (S. 91)
Tabelle 25: Prädiktoren physischer g-LQ bei Schritt 7. (S. 91)
Tabelle 26: Regression Vorhersage psychischer g-LQ. (S. 92)
Tabelle 27: Prädiktoren psychischer g-LQ bei Schritt 2. (S. 93)



## **Anhang**



## Verzeichnis der Tabellen

**Tab. I:** Deskriptivstatistik der AUDIT-Gruppen zur SF-36.

	AUDIT-Gr.	Geschlecht	M	SD	n
<b>K. Funktionsfähigkeit</b>	1	männlich	96,25	5,76	24
		weiblich	94,06	12,54	32
		Gesamt	95,00	10,18	56
	2	männlich	95,83	6,00	18
		weiblich	98,75	3,11	12
		Gesamt	97,00	5,19	30
	3	männlich	92,92	9,88	12
		weiblich	71,67	40,72	3
		Gesamt	88,67	19,77	15
	Gesamt	männlich	95,37	6,93	54
		weiblich	93,83	14,79	47
<b>K. Rollenfunktion</b>	1	männlich	89,58	26,50	24
		weiblich	91,67	25,52	33
		Gesamt	90,79	25,72	57
	2	männlich	97,22	8,09	18
		weiblich	91,67	16,28	12
		Gesamt	95,00	12,11	30
	3	männlich	79,17	31,68	12
		weiblich	66,67	57,74	3
		Gesamt	76,67	35,94	15
	Gesamt	männlich	89,82	24,05	54
		weiblich	90,10	26,16	48
<b>K. Schmerzen</b>	1	männlich	86,67	19,49	24
		weiblich	85,97	22,22	33
		Gesamt	86,26	20,94	57
	2	männlich	90,17	16,98	18
		weiblich	86,50	22,15	12
		Gesamt	88,70	18,93	30
	3	männlich	79,08	24,56	12
		weiblich	77,00	39,84	3
		Gesamt	78,67	26,48	15
	Gesamt	männlich	86,15	19,98	54
		weiblich	85,54	22,88	48

	AUDIT-Gr.	Geschlecht	M	SD	n
<b>Allg. Gesundheitsw.</b>	1	männlich	72,71	17,88	24
		weiblich	75,15	16,42	33
		Gesamt	74,12	16,93	57
	2	männlich	77,50	10,47	18
		weiblich	82,92	17,12	12
		Gesamt	79,67	13,52	30
	3	männlich	73,33	20,93	12
		weiblich	56,67	40,72	3
		Gesamt	70,00	25,07	15
	Gesamt	männlich	74,44	16,42	54
		weiblich	75,94	18,95	48
<b>Vitalität</b>	1	männlich	67,50	17,00	24
		weiblich	60,30	17,59	33
		Gesamt	63,33	17,56	57
	2	männlich	68,89	17,62	18
		weiblich	62,50	9,415	12
		Gesamt	66,33	15,03	30
	3	männlich	57,92	19,71	12
		weiblich	46,67	25,66	3
		Gesamt	55,67	20,52	15
	Gesamt	männlich	65,83	18,01	54
		weiblich	60,00	16,50	48
<b>Soz. Funktionsfähigkeit</b>	1	männlich	93,75	12,77	24
		weiblich	84,85	20,43	33
		Gesamt	88,60	18,03	57
	2	männlich	93,06	11,52	18
		weiblich	86,46	17,24	12
		Gesamt	90,41	14,19	30
	3	männlich	89,58	15,84	12
		weiblich	70,83	26,02	3
		Gesamt	85,83	18,82	15
	Gesamt	männlich	92,59	12,97	54
		weiblich	84,38	19,89	48
<b>Em. Rollenfunktion</b>	1	männlich	93,06	19,61	24
		weiblich	89,58	24,59	32
		Gesamt	91,07	22,47	56
	2	männlich	98,15	7,86	18
		weiblich	86,11	26,43	12
		Gesamt	93,33	18,36	30
	3	männlich	86,11	26,43	12
		weiblich	55,56	50,92	3
		Gesamt	80,00	32,85	15
	Gesamt	männlich	93,21	18,74	54
		weiblich	86,53	27,51	47



	AUDIT-Gr.	Geschlecht	M	SD	n
Psych. Wohlbefinden	1	männlich	79,33	13,54	24
		weiblich	71,03	18,30	33
		Gesamt	74,53	16,85	57
	2	männlich	82,89	11,95	18
		weiblich	71,33	17,38	12
		Gesamt	78,27	15,21	30
	3	männlich	70,33	17,10	12
		weiblich	56,00	12,00	3
		Gesamt	67,47	16,89	15
Gesamt	männlich	78,52	14,42	54	
	weiblich	70,17	17,85	48	
Summe Physisch	1	männlich	86,30	14,43	24
		weiblich	87,90	15,20	32
		Gesamt	87,21	14,76	56
	2	männlich	90,18	7,21	18
		weiblich	89,96	9,23	12
		Gesamt	90,09	7,92	30
	3	männlich	81,13	15,11	12
		weiblich	68,00	44,67	3
		Gesamt	78,50	22,22	15
Gesamt	männlich	86,44	12,86	54	
	weiblich	87,15	17,00	47	
Summe Psychisch	1	männlich	83,41	13,37	24
		weiblich	76,97	15,94	32
		Gesamt	79,73	15,11	56
	2	männlich	85,75	6,83	18
		weiblich	76,60	15,28	12
		Gesamt	82,09	11,69	30
	3	männlich	75,99	14,48	12
		weiblich	57,26	24,57	3
		Gesamt	72,24	17,64	15
Gesamt	männlich	82,54	12,23	54	
	weiblich	75,62	16,64	47	

**Tab. II:** Deskriptivstatistik der AUDIT-Gruppen zur ESK.

	AUDIT-Gr.	Geschlecht	M	SD	n
<b>Selbst-Distanzierung</b>	1	männlich	34,48	5,08	23
		weiblich	32,97	6,38	33
		Gesamt	33,57	5,88	56
	2	männlich	34,53	6,10	17
		weiblich	31,67	6,34	12
		Gesamt	33,34	6,26	29
	3	männlich	32,91	7,29	11
		weiblich	27,50	7,78	2
		Gesamt	32,08	7,31	13
<b>Selbst-Transzendenz</b>	Gesamt	männlich	34,16	5,86	51
		weiblich	32,40	6,38	47
	1	männlich	65,21	4,34	24
		weiblich	62,76	6,88	33
		Gesamt	63,79	6,03	57
	2	männlich	62,78	5,57	18
		weiblich	65,42	6,11	12
		Gesamt	63,83	5,84	30
<b>Freiheit</b>	3	männlich	63,55	4,719	11
		weiblich	55,00	13,00	3
		Gesamt	61,71	7,51	14
	Gesamt	männlich	64,04	4,90	53
		weiblich	62,94	7,34	48
	1	männlich	50,25	5,61	24
		weiblich	45,18	7,16	33
		Gesamt	47,32	6,97	57
<b>Freiheit</b>	2	männlich	46,22	7,24	18
		weiblich	46,92	5,66	12
		Gesamt	46,50	6,56	30
	3	männlich	44,73	7,09	11
		weiblich	41,67	9,82	3
		Gesamt	44,07	7,43	14
	Gesamt	männlich	47,74	6,81	53
		weiblich	45,40	6,93	48

	AUDIT-Gr.	Geschlecht	M	SD	n
<b>Verantwortung</b>	1	männlich	64,32	10,54	22
		weiblich	58,55	11,48	31
		Gesamt	60,94	11,36	53
	2	männlich	62,44	7,75	18
		weiblich	58,58	8,55	12
		Gesamt	60,90	8,16	30
	3	männlich	57,00	12,47	11
		weiblich	50,50	7,78	2
		Gesamt	56,00	11,85	13
	Gesamt	männlich	62,08	10,30	51
		weiblich	58,20	10,60	45
<b>Summe Personalität</b>	1	männlich	99,30	7,81	23
		weiblich	95,73	12,17	33
		Gesamt	97,20	10,67	56
	2	männlich	97,65	9,59	17
		weiblich	97,08	11,22	12
		Gesamt	97,41	10,10	29
	3	männlich	96,46	11,00	11
		weiblich	76,00	16,97	2
		Gesamt	93,31	13,56	13
	Gesamt	männlich	98,14	9,04	51
		weiblich	95,23	12,51	47
<b>Summe Existentialität</b>	1	männlich	114,50	15,72	22
		weiblich	103,39	17,64	31
		Gesamt	108,00	17,61	53
	2	männlich	108,67	14,57	18
		weiblich	105,50	13,41	12
		Gesamt	107,40	13,97	30
	3	männlich	101,73	18,70	11
		weiblich	86,50	7,78	2
		Gesamt	99,39	18,15	13
	Gesamt	männlich	109,69	16,45	51
		weiblich	103,20	16,51	45
<b>Existentielle Erfülltheit</b>	1	männlich	212,38	21,93	21
		weiblich	198,97	28,66	31
		Gesamt	204,39	26,76	52
	2	männlich	206,47	21,93	17
		weiblich	202,58	21,34	12
		Gesamt	204,86	21,39	29
	3	männlich	198,18	25,97	11
		weiblich	162,50	24,75	2
		Gesamt	192,69	28,15	13
	Gesamt	männlich	207,14	23,06	49
		weiblich	198,31	27,41	45

**Tab. III:** Deskriptivstatistik der AUDIT-Gruppen zum BDI.

AUDIT-Gr.	Geschlecht	M	SD	n
1	männlich	3,79	3,97	24
	weiblich	6,75	6,90	32
	Gesamt	5,48	5,96	56
2	männlich	4,17	4,08	18
	weiblich	4,75	3,52	12
	Gesamt	4,40	3,81	30
3	männlich	6,25	5,46	12
	weiblich	11,33	9,71	3
	Gesamt	7,27	6,43	15
Gesamt	männlich	4,46	4,39	54
	weiblich	6,53	6,44	47

# Erhebungsinstrumente

## AUDIT

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten zwölf Monate. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

(zur Definition: 1 Glas Alkohol entspricht: einem kleinen Bier (0,3 l) oder 1/8 l Wein /  
Sekt oder einem einfachen Schnaps 0,02 l)

(A1) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- nie ☐
- einmal im Monat oder seltener ☐
- zwei- bis viermal im Monat ☐
- zwei- bis dreimal die Woche ☐
- viermal die Woche oder öfter ☐

(A2) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

- trinke nie Alkohol ☐
- 1 – 2 ☐
- 3 – 4 ☐
- 5 – 6 ☐
- 7 – 9 ☐
- 10 oder mehr ☐

(A3) Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A4) Wie oft konnten Sie während der letzten zwölf Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A5) Wie oft konnten Sie während der letzten zwölf Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A6) Wie oft haben Sie während der letzten zwölf Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zu kommen?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A7) Wie oft hatten Sie während der letzten zwölf Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A8) Wie oft waren Sie während der letzten zwölf Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A9) Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderer schon einmal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- nein ☐
- ja, aber nicht während der letzten zwölf Monate ☐
- ja, während der letzten zwölf Monate ☐

(A10) Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

- nein ☐
- ja, aber nicht während der letzten zwölf Monate ☐
- ja, während der letzten zwölf Monate ☐

### **Zusätzliche Fragen**

Welche drei der folgenden Antworten beschreiben am besten, weshalb Sie Alkohol trinken?

- familiäre oder Partnerschaftsprobleme ☐
- soziale Probleme ☐
- Zugehörigkeits-Gefühl ☐
- innere Spannungen ☐
- innere Leere und Sinnlosigkeits-Gefühl ☐
- externe Belastungen (z.B. Arbeit) ☐
- impulshaftes Trinken ☐
- um gut drauf zu sein ☐
- weil ich traurig bin ☐
- sonstige Gründe ☐

Wie oft haben Sie VOR den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert?

- nie ☐
- einmal im Monat oder seltener ☐
- zwei- bis viermal im Monat ☐
- zwei- bis dreimal pro Woche ☐
- viermal pro Woche oder öfter ☐

Welche drei der folgenden Antworten beschreiben am besten, weshalb Sie KEINEN Alkohol trinken?

- religiöse Gründe ☐
- gesundheitliche Probleme ☐
- Alkoholentzug ☐
- um gesund zu bleiben ☐
- Alkohol schmeckt mir nicht ☐
- sonstige Gründe ☐

**SF-36**

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes.  
Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.  
Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

*Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Ausgezeichnet	<input type="radio"/>
Sehr gut	<input type="radio"/>
Gut	<input type="radio"/>
Weniger gut	<input type="radio"/>
Schlecht	<input type="radio"/>

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

*Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Derzeit viel besser als vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Etwa so wie vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	<input type="radio"/>



3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Wenn ja, wie stark?

*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!*

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
einen Treppenabsatz steigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sich beugen, knien, bücken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sich baden oder anziehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!*

Schwierigkeiten	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z. B. ich musste mich besonders anstrengen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)

*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!*

Schwierigkeiten	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

*Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
Etwas	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Sehr	<input type="checkbox"/>



7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

*Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Ich hatte keine Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Sehr leicht	<input type="checkbox"/>
Leicht	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Stark	<input type="checkbox"/>
Sehr stark	<input type="checkbox"/>

---

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeit zu Hause und im Beruf behindert?

*Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
Ein bisschen	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Ziemlich	<input type="checkbox"/>
Sehr	<input type="checkbox"/>

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.  
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.  
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen –

*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!*

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

*Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Immer	<input type="checkbox"/>
Meistens	<input type="checkbox"/>
Manchmal	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!*

	trifft ganz zu	trifft weit- gehend zu	weiß nicht	trifft weit- gehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin genau so gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, dass meine Ge- sundheit nachlässt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfreue mich ausgezeich- neter Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **SOC-L9**

### **Fragebogen zur Lebensorientierung**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt.

Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

**1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?**

sehr oft 1      2      3      4      5      6      7      sehr selten oder nie

**2. Wie oft sind ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?**

sehr oft    1      2      3      4      5      6      7      sehr selten oder nie

**3. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,**

dann ist es bestimmt  
so, dass Sie sich  
auch weiterhin gut  
fühlen werden

1    2    3    4    5    6    7

Dann wird bestimmt  
etwas passieren, das  
dieses Gefühl wieder  
verdirbt

**4. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?**

sehr oft    1      2      3      4      5      6      7      sehr selten oder nie

**5. Wenn Sie an Schwierigkeiten denke, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass**

Es Ihnen immer  
gelingen wird die  
Schwierigkeiten zu  
überwinden

1    2    3    4    5    6    7

Sie es nicht schaffen  
werden die  
Schwierigkeiten zu  
überwinden

**6. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass**

Sie spüren wie schön  
es ist zu leben

1    2    3    4    5    6    7

Sie sich fragen, wieso  
Sie überhaupt leben

**7. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie**

eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung	1	2	3	4	5	6	7	eine Quelle von Schmerz und Langeweile
--	---	---	---	---	---	---	---	--

**8. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben**

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird	1	2	3	4	5	6	7	voller Sinn und Zweck sein wird
--	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------------

**9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?**

sehr oft	1	2	3	4	5	6	7	sehr selten oder nie
----------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

## **BDI**

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

### **A**

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin traurig.
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

### **B**

- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

### **C**

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

### **D**

- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

### **E**

- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

### **F**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

### **G**

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

### **H**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

### **I**

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

### **J**

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

#### K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

#### L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

#### M

- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

#### N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszu-sehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
- 3 Ich finde mich häßlich.

#### O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

#### P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

#### Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

#### R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

#### S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

☐ JA ☐ NEIN

#### T

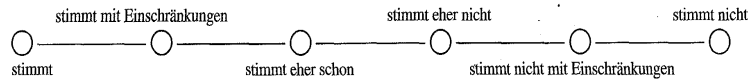
- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

#### U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.



Bitte bewerten Sie auf der Skala,



wieweit die jeweilige Aussage, abgesehen von kurzfristigen, momentanen Schwankungen, auf Sie zutrifft.

Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

- |  | stimmt      | stimmt nicht |
|--|-------------|--------------|
| 1) Ich breche wichtige Tätigkeiten oft ab, weil mir die Anstrengung zu unangenehm ist.                 | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 2) Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen.   | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 3) Für mich hat etwas nur dann Bedeutung, wenn es meinem eigenen Wunsch entspricht.                    | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 4) In meinem Leben gibt es nichts Gutes.   | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 5) Ich beschäftige mich am liebsten mit mir selbst – mit meinen Sorgen, Wünschen, Träumen und Ängsten. | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 6) Ich bin meistens zerstreut.   | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 7) Auch wenn ich viel getan habe, bin ich unzufrieden, weil es Wichtigeres gegeben hätte.              | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 8) Ich richte mich immer nach den Erwartungen anderer.   | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 9) Unangenehme Entscheidungen versuche ich ohne lange Überlegungen aufzuschieben.                      | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 10) Ich lasse mich leicht ablenken, selbst bei Arbeiten, die ich gerne tue.                            | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 11) Es gibt eigentlich nichts in meinem Leben, wofür ich mich richtig einsetzen möchte.                | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 12) Bei vielem verstehe ich nicht, warum ausgerechnet ich es tun soll.                                 | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 13) Ich glaube, daß mein Leben, so wie ich es führe, für nichts gut ist.                               | ○—○—○—○—○—○ |              |
| 14) Es fällt mir schwer, die Dinge in ihrer Bedeutung zu erfassen.                                     | ○—○—○—○—○—○ |              |



Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

	stimmt	stimmt nicht
15) Ich kann gut mit mir umgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Ich nehme mir zu wenig Zeit für das, was wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Es ist mir nie spontan klar, was ich in einer Situation tun kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Ich mache vieles nur deshalb, weil ich es tun <i>muß</i> , und nicht, weil ich es tun <i>will</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Ich tue meistens Dinge, die genausogut später gemacht werden könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Ich bin immer wieder interessiert, was der Tag bringt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Meistens merke ich erst beim Handeln, welche Konsequenz die Entscheidung hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Wenn ich mich entscheiden muß, ist auf mein Gefühl kein Verlaß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Selbst wenn mir ein Unternehmen am Herzen liegt, hält mich die Unsicherheit seines Ausganges von der Durchführung ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Ich weiß nie genau, wofür ich zuständig bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Ich fühle mich innerlich frei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Ich fühle mich vom Leben benachteiligt, weil es mir die Erfüllung meiner Wünsche vorenthalten hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28) Zu sehen, daß ich keine Wahl habe, ist eine Erleichterung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29) Es gibt Situationen, in denen ich mich völlig hilflos fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30) Ich tue viele Dinge, ohne mich dabei wirklich auszukennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31) Ich weiß gewöhnlich nicht, was in einer Situation wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

stimmt

stimmt nicht

- 32) Die Erfüllung der eigenen Wünsche hat Vorrang. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 33) Mich in andere Menschen einzufühlen fällt mir schwer. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 34) Es wäre besser, wenn es mich nicht geben würde. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 35) Im Grunde sind mir viele Dinge, mit denen ich zu tun habe, fremd. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 36) Ich bilde mir gerne eine eigene Meinung. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 37) Ich fühle mich so zerrissen, weil ich so viele Dinge gleichzeitig mache. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 38) Auch bei Wichtigem fehlt mir die Kraft zum Durchhalten. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 39) Ich tue vieles, was ich eigentlich gar nicht tun will. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 40) Eine Situation ist dann für mich interessant, wenn sie meinen Wünschen entgegenkommt. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 41) Wenn ich krank bin, weiß ich mit dieser Zeit nichts anzufangen. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 42) Ich sehe selten, daß ich in einer Situation mehrere Handlungsmöglichkeiten habe. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 43) Ich finde meine Umwelt eintönig. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 44) Die Frage, ob ich etwas tun will, stellt sich selten, weil ich meistens etwas tun muß. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 45) In meinem Leben ist nichts wirklich schön, denn alles hat sein Für und Wider. ☐—☐—☐—☐—☐—☐
- 46) Meine innere Unfreiheit und Abhängigkeit machen mir zu schaffen. ☐—☐—☐—☐—☐—☐

### **Angaben zur Person**

Geschlecht    männlich ☐  
                 weiblich ☐

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Nationalität

Österreich ☐ Schweiz ☐ Deutschland ☐ Sonstige ☐

Höchste abgeschlossene Ausbildung

Pflichtschule	<input type="checkbox"/>
Lehre	<input type="checkbox"/>
Fachschule ohne Matura	<input type="checkbox"/>
höhere Schule mit Matura	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Universität	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>

Wie viele Jahre an Ausbildung haben Sie erfahren?

\_\_\_\_\_ Jahre

Familienstand

ledig	<input type="checkbox"/>
verheiratet	<input type="checkbox"/>
geschieden	<input type="checkbox"/>
verwitwet	<input type="checkbox"/>
zurzeit in Partnerschaft	<input type="checkbox"/>

Wie viele Personen wohnen außer Ihnen noch im selben Haushalt?

Wie viele enge Freunde haben Sie zurzeit?

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie?

Wie viele Stunden pro Woche betätigen Sie sich sportlich?

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

# Curriculum Vitae

## Persönliche Daten

Name:	Flora Färber
Geburtsdatum:	20.08.1981
Geburtsort:	Feldkirch (Vorarlberg)
Familienstand:	ledig

## Schul Ausbildung

10/2001 – 2009	Studium der Psychologie
01/2000 – 09/2001	Ausführung diverser Jobs
10/1999 – 01/2000	Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaften und Theaterwissenschaften
06/1999	Matura mit gutem Erfolg bestanden
9/1991 – 6/1999	Bundesgymnasium Rahlgasse, Wien

## Praktika

07/2007 – 09/2007	6-Wochen-Praktikum in der Justizanstalt Favoriten
-------------------	---